

Hjemmeboende eldre med hørselstap – ivaretatt eller ignorert?

Hjemmesykepleiens møte med eldre hørselshemmede

Sandra Michele Roldan Ochoa



Masteroppgave i spesialpedagogikk
Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskaplige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2014

«Ways of being, ways of seeing, ways of doing»

(Ely et al, 1997, s. 1)

© Sandra Michele Roldan Ochoa

2014

Hjemmeboende eldre med hørselstap- ivaretatt eller ignorert? Hjemmesykepleiens møte med eldre hørselshemmede.

Forfatter: Sandra Michele Roldan Ochoa

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Formål: Studiens mål er å tydeliggjøre sykepleiers opplevelser med tanke på deres ivaretagelse av eldre hørselshemmedes behov i hjemmetjenesten. Nedsatt hørsel er først og fremst, en funksjonshemming i informasjon- og kommunikasjonssammenheng som kan medføre sekundærplager hos eldre. Potensialet for forebygging av sekundærplager som isolasjon, ensomhet og endret atferd er stort. Ved å ha kompetanse om hørselshemming og gode henvisnings-, samarbeids- og oppfølgingsrutiner mellom tjenesteytere i kommunene, høre- og hjelpemiddelsentralene, kan sykepleiere bistå eldre hørselshemmedes behov. Mange eldre med hørselstap får bedret sin daglige funksjonsevne ved at hjelpemidler tas i bruk, og at miljøet rundt eldre hørselshemmede tilrettelegges. Hjemmesykepleiers perspektiv vil kunne gi oss et bilde av hvordan den enkelte opplever å gi et adekvat tjenestetilbud til eldre hørselshemmede, i tillegg til hvilke eventuelle utfordringer som hindrer dette.

Problemstilling og forskningsspørsmål:

I hvilken grad opplever sykepleiere i hjemmetjenesten å gi et adekvat tjenestetilbud til eldre hørselshemmede?

For å utdype denne problemstillingen er det utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan beskriver sykepleiere sin arbeidsdag og møte med eldre hørselshemmede?
- Hvilke utfordringer knyttes til møtet med eldre hørselshemmede?
- Hva er sykepleiernes kunnskap om hørselstap?

Teoretisk forankring: Studien vil ved hjelp av ulike litteratur og forskning belyse begrepene hørsel, eldre med hørselstap og hjemmetjenesten. Antonovskys teori om salutogenese om hva som er helsefremmende utgjør den teoretiske referanserammen studien skal forstås innenfor.

Metode: Studien er kvalitativ og har et utforskende/beskrivende design. Hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming er valgt. Datamaterialet ble innhentet gjennom seks halvstrukturerte forskningsintervju. Informantene er sykepleiere fordelt på tre ulike bydeler i Oslo. Samtlige informanter arbeidet i hjemmetjenesten, har sykepleierutdanning og erfaringer i møte med eldre hørselshemmede i hjemmetjenesten. Malteruds (2011) systematisk tekstkondensering er anvendt som analysemetode.

Funn: Intervjuene viser at sykepleiere i sitt arbeid, møter eldre mennesker med mangfoldige behov som må ivaretas. De påpeker at de omfattende behovene eldre brukere har, gjør at de fysiske behovene lettere blir prioritert enn sosiale behov. Likevel gis det uttrykk for at eldre mennesker har behov for å være sosiale og kunne ha den «gode samtalen». Sykepleierne har et ønske om å kunne ivareta dette på en bedre måte. Intervjuene viser sykepleieres opplevelser av utfordringer i møte med eldre hørselshemmede. Utfordringene beskrives som kommunikasjonsproblemer, ørevoksproblematikk, og eldre brukere som ikke ønsker å bruke høreapparater sine. Sykepleiernes uttrykk for manglende kunnskap og informasjon, uoversiktlige samarbeidsforhold og begrensninger i organisatoriske rammer, er av betydning for deres opplevelse av å kunne ivareta behovene eldre hørselshemmede har.

Konklusjoner: I sin helhet viser studien at sykepleiere i liten grad opplever å gi et adekvat tjenestetilbud til eldre hørselshemmede. Dette sees i sammenheng med studiens funn hvor sykepleiere opplever kunnskapsmangel, uoversiktlige samarbeidsforhold og begrensede organisatoriske rammer. For å kunne gi eldre hørselshemmede et godt tjenestetilbud må eldre mennesker føle seg sett og ivaretatt. Tjenesteyterne må ha en forståelse av hvordan eldre opplever hørselstapet sitt, få økt kunnskap og bedre arbeidsforhold. På den måten kan eldre hørselshemmedes behov bli ivaretatt i større grad enn studien viser.

Forord

Da var det min tur, seks år ved institutt for spesialpedagogikk er forbi. De har fylt meg med kunnskap, nysgjerrighet og lærelyst. Å skrive en masteroppgave har vært en lang og tidkrevende prosess, men også en utrolig spennende modningsprosess som har gitt mye lærdom. Ikke bare lærdom om eldre mennesker, det hørselsfaglige feltet og studiens tema, men jeg har også lært mye om meg selv og hvordan det er å være i en oppgaveprosess.

Det er mange som har støttet meg gjennom prosessen, og ønsker derfor å takke familie, venner og bekjente som har bidratt på hver sin måte med støtte, trøst, gode råd og ikke minst tålmodighet. Dere vet hvem dere er, men noen må likevel takkes spesielt.

Jeg retter en stor takk til min veileder Elisabeth Svinndal, for konstruktive tilbakemeldinger, tålmodigheten og oppmuntrende ord. En stor takk rettes også til min biveileder Jorunn Solheim, for de gode samtalene, e-postene til alle døgnetts tider og ikke minst interessen du har vist. Til mine informanter, tusen takk for at dere tok dere tid til å stille opp.

Den varmeste takken går til familien. Mine fantastiske foreldre. Mamma Chani, tusen takk for uvurderlig støtte på alle mulige måter opp gjennom disse årene, det kan ikke beskrives med ord. Flotte pappa, som har dratt meg opp og frem, du er enestående og har alltid hatt troa på meg, tusen takk. Til min storebror og Gosia, takk for støttende ord gjennom prosessen, for korrekturlesing og ikke minst takk for å ha gitt meg den fineste nevøen Lionel som har gitt meg en ubeskrivelig glede det siste året. Til min kjære lillebror, tusen takk for ditt fantastiske humør. Du har fått meg til å smile og le når jeg har trengt det som mest.

Til sist men ikke minst retter jeg en stor takk til Linn Renate Lystad. Min trofaste studievenninne gjennom seks år. Din støtte, dine ord og enormt store og varme hjerte har betydd mye. Nå har vi gjennomført, og et langt arbeidsliv sammen venter på oss, jeg gleder meg!

Oslo, mai 2014

Sandra Michele Roldan Ochoa

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Innledning..... | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 2 |
| 1.2 | Oppgavens problemstilling og formål | 3 |
| 1.3 | Studiens avgrensing og oppbygging..... | 4 |
| 2 | Teoretisk forankring | 6 |
| 2.1 | Hørsel..... | 6 |
| 2.1.1 | Det auditive system | 6 |
| 2.1.2 | Hørselstap..... | 8 |
| 2.1.3 | Hørselstap hos eldre | 11 |
| 2.1.4 | Når hørselen svikter | 14 |
| 2.2 | Hjemmetjenesten | 19 |
| 2.2.1 | Pleie- og omsorgstjenesten..... | 19 |
| 2.2.2 | Mottakerne av hjemmetjenester | 20 |
| 2.2.3 | Forebyggende og helsefremmende sykepleie | 20 |
| 2.2.4 | Menneskesyn og holdninger..... | 22 |
| 2.2.5 | Sykepleierens rolle | 23 |
| 2.3 | Helsefremmende arbeid | 25 |
| 2.3.1 | Å forebygge sykdom – å fremme helse..... | 26 |
| 2.3.2 | Salutogenese og opplevelse av sammenheng | 26 |
| 3 | Metode..... | 30 |
| 3.1 | Design og valg av metodisk tilnærming | 30 |
| 3.1.1 | Intervju med hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming | 30 |
| 3.1.2 | For forståelse og forskerrollen | 32 |
| 3.2 | Utvalg og rekruttering | 33 |
| 3.3 | Intervjuguide og pilotundersøkelse | 35 |
| 3.4 | Gjennomføring av intervjuene | 37 |
| 3.5 | Analysemetode og analyseprosess..... | 38 |
| 3.6 | Reliabilitet, validitet og overførbarhet..... | 42 |
| 3.7 | Etiske betraktninger | 46 |
| 4 | Resultater..... | 48 |
| 4.1 | Bakgrunnsopplysninger | 48 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.2 | Sykepleiers arbeidsdag i hjemmetjenesten | 48 |
| 4.3 | Sykepleiers kunnskap om nedsatt hørsel, høreapparat og tekniske hjelpemidler..... | 55 |
| 5 | Drøfting av resultater | 59 |
| 5.1 | Hvordan beskriver sykepleierne deres arbeidsdag?..... | 59 |
| 5.1.1 | Utfordringer i sykepleierens arbeidsdag | 61 |
| 5.1.2 | I møte med eldre hørselshemmede | 64 |
| 5.2 | Hva er sykepleierens kunnskap om hørselstap? | 67 |
| 6 | Avslutning | 72 |
| 6.1 | Oppsummering | 72 |
| 6.2 | Konklusjon..... | 72 |
| 6.3 | Veien videre..... | 74 |
| | Litteraturliste | 76 |
| | Vedlegg 1. Godkjenning av NSD..... | 82 |
| | Vedlegg 2. Informasjonsskriv | 84 |
| | Vedlegg 3. Samtykkeerklæring | 86 |
| | Vedlegg 4. Intervjuguide..... | 87 |
| | Figur 1: Oppbygging av øret. | 6 |
| | Figur 2: De sentrale hørselsbanene. | 7 |
| | Figur 3: Definisjoner av begrep.. | 8 |
| | Figur 4: Hørselsreduksjon med alderen. | 12 |
| | Figur 5: Forskjell på normal hørsel, synstap og hørselstap..... | 15 |

1 Innledning

Visesanger Halfdan Sivertsen skriver «Vi vil leve lenge vi, men gamle vil vi aldri bli». Han beskriver på en god måte at vi mennesker har et ønske om å leve lenge og ha et godt liv, men gjerne uten alle de plagene som ofte dukker opp i denne fasen av livet. I eldre menneskers siste livsavsnitt vil ofte helsesvikt og omsorgsbehov prege tilværelsen. I tillegg vil hørselstap kunne oppleves som en ytterligere belastning. Mange eldre lever likevel et godt liv med aktiviteter som bidrar til at de opplever at de har god livskvalitet. Nedsatt hørsel alene burde ikke være noe hinder for det. Hørselstap kan imidlertid lett forårsake sekundærplager som kan gi psykososiale utfordringer. Sosiale aktiviteter og sosial støtte er relatert til mellommenneskelig kommunikasjon. Ved hørselshemming er nettopp evnen og muligheten til kommunikasjon berørt. Det er i stor grad disse plagene som er den utløsende årsaken til blant annet isolasjon, ensomhet og endret atferd (Laukli 2007, Grue 2011, Berg & Johansson, 2014). Potensialet for forebygging av sekundærplager er stort. I følge Laukli (2007) viser erfaring at mange eldre med hørselstap får bedret sin daglige funksjonsevne ved at hjelpemidler tas i bruk, og at miljøet rundt personen tilrettelegges med tanke på personens hørselshemming. Med den raske teknologiske utviklingen som skjer, vil opplæring både av eldre med nedsatt hørsel, deres pårørende og hjelpeapparatet være viktig. . Ved å ha kompetanse om hørselshemming og gode henvisnings-, samarbeids- og oppfølgingsrutiner mellom tjenesteytere i kommunen, høresentralene og hjelpemiddelsentralene, kan eldre mennesker med et hørselstap fungere godt.

Det finnes mange politiske føringer, rammer og forskning på hvordan hørselstap kan påvirke eldre mennesker. Hos eldre er kunnskapsmangel om rettigheter og muligheter en faktor som gjør at de ikke stiller krav om opplæring eller hjelpemidler (Helse- og sosialdepartementet, 2002). Forskning har vist at tilpasning av høreapparat kan redusere blant annet depresjon hos eldre med hørselstap (Mulrow, Tuley & Aguilar, 1992).

På grunn av manglende plass ved eldre- og sykehjem, ønsker kommunen at eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig, noe svært mange eldre også ønsker (Fjørtoft, 2006). I forbindelse med utviklingen i samfunnet vårt hvor vi lever lenge, vil dette fordre gode pleie- og omsorgstjenester generelt og hjemmesykepleien spesielt. God helse er noe av det viktigste for de fleste mennesker, og ikke minst for eldre mennesker, for at de skal oppleve god livskvalitet. Tjenesteyterne ser ofte alle oppgavene som skal gjøres i møte med den enkelte

eldre, men ikke personen med de rike erfaringene og ressursene som er ervervet gjennom et langt liv.

Godt samarbeidet mellom personalet i hjemmetjenesten og den enkelte bruker med nedsatt hørsel i hjemmetjenesten er avgjørende for at brukeren skal kunne oppleve å ha det godt og bli ivaretatt på best mulig måte. Hvis dette samarbeidet ikke understøtter eldre menneskers verdighet og integritet, hjelper det ikke om pleien teknisk sett er upåklagelig. Det er viktig at tjenesteytere har grunnleggende kunnskap om hva det vil si å være gammel, hjelpetrengende og avhengig av hjelp, og om de spesielle utfordringer og behov eldre mennesker med nedsatt hørsel opplever. Dessuten forutsetter gode møter mellom personalet og brukeren at den enkelte tjenesteyter har et menneskesyn preget av respekt og gode organisatoriske rammer som gir rom for å utøve godt sykepleie.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for denne studien har vært et ønske om å øke min kunnskap og kompetanse innen det hørselsfaglige feltet, spesielt med tanke på eldre hørselshemmede. I mitt studium i audiopedagogikk har jeg hatt en spesiell interesse for eldre mennesker og deres rett til å leve et verdig liv til tross for belastningene som alderdommen kan bringe med seg.

Utgangspunktet for interessen i temaet er lav bevissthet om hørselens betydning i befolkningen generelt. Samtidig som at det å være hørselshemmet fremdeles ser ut til å være belagt med visse fordommer. Den kommunale hjemmetjenesten har et bedringspotensial til å fremme helse og samfunnsdeltakelse og dermed livskvalitet hos eldre med nedsatt hørsel (Skatvedt, 2009).

Ønske er å utforske temaet fra sykepleierens perspektiv fordi kunnskap om sykepleierens egne opplever i møtet med eldre hørselshemmede kan bidra til å se tematikken fra et annet perspektiv.

1.2 Oppgavens problemstilling og formål

Med bakgrunn i et tema som kan være av interesse for det hørselsfaglige feltet, og for andre yrkesfaglige felt som møter eldre hørselshemmede, er følgende problemstilling utarbeidet.

I hvilken grad opplever sykepleiere i hjemmetjenesten å gi et adekvat tjenestetilbud til eldre hørselshemmede?

I tilknytting til problemstillingen er det utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- *Hvordan beskriver sykepleierne sin arbeidsdag og møte med eldre hørselshemmede?*
- *Hvilke utfordringer knyttes til møtet med eldre hørselshemmede?*
- *Hva er sykepleiernes kunnskap om hørselstap?*

Ønske er at studien vil fremskaffe informasjon og økt kunnskap til alle i pleie- og omsorgstjenesten som omgås eldre hørselshemmede, deres pårørende og deres øvrige nettverk. Jeg er ydmyk og har respekt for de som innehar stillingene som sykepleiere i hjemmetjenesten. Mitt hovedanliggende har ikke vært å rette et kritisk blikk mot verken den enkelte sykepleier eller hjemmetjenestens organisering, men et forsøk på å se systemet og begrensningene som kontekst for samhandling. Jeg vil tydeliggjøre hvilke utfordringer sykepleiere og brukere møter i hjemmetjenesten. Samtidig som jeg vil vise hvordan de løser, eller forsøker å løse, utfordringer knyttet til eldre med nedsatt hørsel, og hva de anser som viktig for å kunne møte disse utfordringene på en bedre måte.

Hermeneutikken og fenomenologien vil bli brukt som tilnæringsmetode. Bakgrunnen for dette er at disse er tilnærminger som fokuserer på å se materialet fra informantenes perspektiv. Noe som er målet for denne studien. Jeg legger også et audiopedagogisk perspektiv til grunn for oppgaven, og har en forforståelse av at det er lite bevissthet og kunnskap om hørselens betydning i helse- og omsorgstjenester. Studien vil bli sett ut i fra et helsefremmende perspektiv og Aron Antonovskys teori om hvordan helse blir til er valgt. Antonovsky begrunner, med bakgrunn i sin forskning, at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet. Han ser helse i et kontinuum, der ytterpunktene er syk og frisk (Antonovsky, 2012). Dette er et perspektiv som etter min mening kan bidra til en positiv vekst for både helsepersonell og eldre brukere.

1.3 Studiens avgrensing og oppbygging

Det har vært nødvendig å sette grenser, både tids- og innholdsmessige. Hovedanliggendet for studien vil være *sykepleieres perspektiv på hørselstap hos eldre hjemmeboende*. Hørselstap kan ramme alle mennesker i alle aldre. Foruten hørselstap hos eldre, vil også andre typer hørselstap og årsaker til hørselshemming bli kort beskrevet, samt at jeg gir en innføring i hvordan det auditive system fungerer. Dette gjøres for at leserne skal kunne danne seg et bilde av hørselens kompleksitet, og få et fyldigere bakteppe for forståelsen av hva et hørselstap kan innebære. Andre helsesvikt, sykdommer og skader som forekommer hos eldre hjemmeboende, anses å være utenfor rammene og vil ikke bli definert eller forklart nærmere.

Med betegnelse *eldre hjemmeboende*, menes personer som er 67 år eller eldre, og på grunn av helsesvikt, sykdom eller skade mottar kommunale hjemmetjenester. Den kommunale hjemmetjenesten rommer et mangfoldig fagfelt, men studiens tid- og innholdsmessige begrensninger har bidratt til at det kun er sykepleiere i hjemmetjenesten som blir omtalt. Sykepleiere er en faggruppe som daglig er i kontakt med eldre hjemmeboende og har et overordnet ansvar for å imøtekomme tjenestemottakerens behov. Hjemmetjenestens organisering blir kort omtalt for å gi leserne et innblikk i rammer og lovverk sykepleiere må forholde seg til i sitt arbeid.

Det er av flere grunner lagt vekt på å belyse sykepleieres perspektiv i møte med eldre hørselshemmede i hjemmetjenesten. Gjennom handlingsplan for eldreomsorgen (Sosial- og helsedepartementet, 1997) har det blitt satset på at flere eldre skal kunne bo hjemme i egne boliger. Institusjonene bygges ned, mens tjenester til hjemmeboende og tilrettelegging av boliger blir trappet opp. Med andre ord vil flere eldre, som bor hjemme, motta tjenester fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Bakgrunnen for dette er en ide om at mennesker med funksjonsnedsettelse og funksjonshemminger får et bedre liv ved å bo i egne boliger i stedet for institusjoner. Dette forutsetter et godt tjenestetilbud fra hjemmetjenesten med ansatte som ivaretar eldre menneskers hjelpebehov ved forskjellige former for helsesvikt (Otnes, 2010). Begrunnelsen er også antagelsen om at det vies lite oppmerksomhet til nedsatt hørsel hos eldre, til tross for at eldre utgjør den *største* gruppen hørselshemmede. Forskning og litteratur knyttet til sykepleieres opplevelser i møte med hørselshemmede finnes i begrenset omfang. Hjemmesykepleieres perspektiv vil således kunne gi oss et bilde av hvordan den enkelte opplever å gi et adekvat tjenestetilbud til eldre hørselshemmede.

Studien består av en teoridel og en drøftingsdel, og er lagt opp på følgende måte: I andre kapittel beskrives oppgavens teoretiske forankring med en innføring om hørselsfunksjonen og hørselshemming. Så følger en beskrivelse av hjemmetjenesten og studiens teoretiske referanseramme. Deretter i kapittel tre redegjøres det for oppgavens metodiske tilnærming, forskning- og analyseprosessen. Reliabilitets- og validitetsbetraktninger gjøres underveis og sammenfattes på slutten av dette kapitlet. Resultater av forskningsfunnene legges frem i kapittel fire og drøfting av resultatene i lys av tidligere forskning og foreliggende teori foregår i kapittel fem. Avslutningsvis i kapittel seks kommer det en oppsummering, konklusjoner og momenter knyttet til videre forsknings- og utviklingsarbeid.

2 Teoretisk forankring

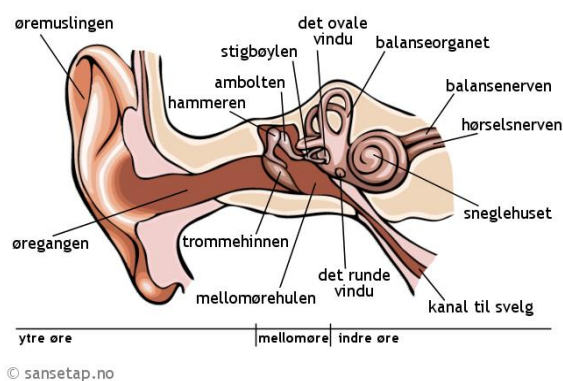
I dette kapitlet vil det redegjøres for hørselen. Etterfulgt av en presentasjon av hørselstap generelt. For å deretter gå dypere inn på hørselstap hos eldre og eventuelle konsekvenser, som er hovedanliggendet for studien. Deretter følger en redegjørelse for hjemmetjenesten og sykepleierens rolle. Til slutt presenteres studiens teoretiske referanseramme for å gi leseren innblikk i rammen studien skal forstås innenfor.

2.1 Hørsel

Hørselen betyr mye for oss mennesker. Den gir oss mange muligheter vi ofte tar for gitt. Blant annet gir hørselen oss mulighet for å omgås hverandre, samhandle, kommunisere og til og med slappe av. Tap av hørselen kan føre til at man føler seg isolert eller deprimeret, fordi samhandlingen med omverdenen svekkes. Men andre ord kan man si at informasjonen hørselen gir oss, bygger en bro mellom vår verden og hvordan vi samhandler med den.

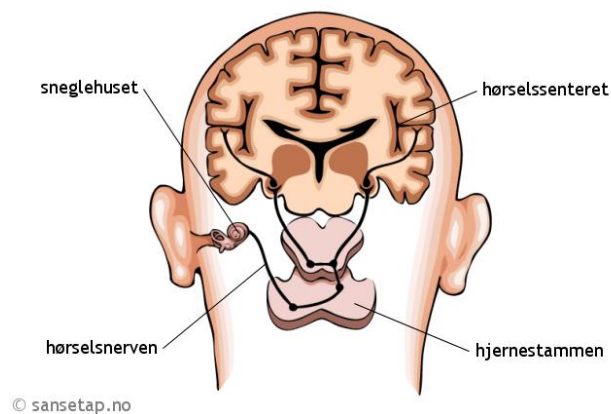
2.1.1 Det auditive system

Det menneskelige hørselssystem består av to deler, øret og visse deler av hjernen (Laukli, 2007). Dette er et bemerkelsesverdig komplekst system som tar i mot lydimpulser og formidler dem til hjernen, hvor informasjonen blir tolket. Det er vanlig å dele øret i tre deler, som består av det ytre øret, mellomøret og det indre øret (Falkenberg & Kvam, 2008). For at vi skal kunne høre, må øret og hjernen samarbeide. Ørets oppgave er å overføre lydbølger fra luften til høresenteret i hjernen, hvor inntrykkene blir tolket slik at de gir informasjon om hva som foregår rundt oss. Illustrasjonen under viser de ulike delene øret vårt består av.



Figur 1: Oppbygging av øret. Hentet fra <http://www.sansetap.no/admin/wp-content/uploads/2010/08/oret.png>

Lydbølger er et fysisk naturfenomen som finnes overalt omkring oss. Disse lydbølgene fanges opp av det ytre øret og føres gjennom øregangen og treffer trommehinnen, der lydsignalet omformes til bevegelse eller mekaniske svingninger. Ørebena i mellomøret viderefører disse svingningene via det ovale vinduet til væskesystemet i det indre øret. I det indre øret har vi sneglehuset, kalt cochlea. Sansecellene i det indre øret har evne til å omforme bevegelsesenergien til elektriske nerveimpulser, og disse nerveimpulsene formidler signalet videre gjennom hørselsnerven og de sentrale hørselsbanene til hjernebarken (Laukli 2007, Falkenberg og Kvam 2008). Under følger en illustrasjon av de sentrale hørselsbanene som viser lydimpulsenes vei fra sneglehuset via hørselsbanene til hørselssenteret, kalt auditiv cortex (Laukli, 2007).



Figur 2: De sentrale hørselsbanene. Hentet fra <http://www.sansetap.no/admin/wp-content/uploads/2012/03/horselsbanen.png>

I hjernestammen finnes det ulike sentra der lyden blir analysert slik at man oppfatter hvor i omgivelsene lyden kommer fra. Det finnes også sentra som er et knutepunkt for en rekke forbindelser, blant annet koder for alle lydens egenskaper, som frekvens, intensitet, lokalisasjon og bevegelse (Laukli, 2007, Stach 2009). Hørselssentret er hovedområdet for bearbeiding av hørselsinntrykk. Inntrykkene blir sortert etter hva som er støy og hva som er mening. Det meningsbærende skal tolkes, det vil si at lydsignalene skal gjenkjennes og assosieres med tidligere lyderfaringer (Pihl, 2008). Hørselsopplevelsen er subjektiv. Den er avhengig av opplevelser i forbindelse med lyder og læring. Lyd kan oppleves som talt språk, omgivelseslyd, varsling, musikk, støy og lignende (Falkenberg & Kvam, 2008).

2.1.2 Hørselstap

Forandringer i øret eller de sentrale banene av hørselssystemet forårsaket av misdannelse, sykdommer eller skader kan føre til hørselstap. Det er viktig å skille mellom visse begreper som ofte blandes sammen for å definere og klargjøre ulike tankeganger når det gjelder de medisinske og de funksjonelle konsekvensene. Definisjonene vil presenteres i tabellen under, utviklet av WHO referert i Laukli (2007, s. 274), med referanse til både diagnostikk og tiltak for å behandle, helbrede/ redusere eller kompensere for avviket ifølge det definerte begrepet:

| Begrep | Definisjon | Diagnostikk | Tiltak |
|-------------------------------|--|--|---|
| Sykdom (Disease) | Endringer i øret eller i hjernens hørselsbaner | Otoskopi Billedteknikk (imagin) (blant annet røntgen, MR) mm. | Medisin Kirurgi |
| Skade (Impairment) | Målbare funksjonelle endringer i hørselssystemet | Audiometri Ørets akustiske egenskaper Hørselssystemets elektrofysiologiske egenskaper Funksjonell imaging | Medisin Kirurgi |
| Funksjonshemming (Disability) | Hørselsproblemer i dagliglivet | Egenvurdering | Hørselshjelpemidler Høretraining Kommunikasjonstrening Språklig habilitering |
| Handikap (Handicap) | Konsekvenser i sosiale situasjoner hjemme, på arbeid, fritid, ved utdanning, i kulturelle situasjoner, økonomiske konsekvenser | Egenvurdering | Signalhjelpemidler Kommunikasjonshjelpemidler Pedagogisk, psykologisk, sosial (re)habilitering. |

Figur 3: Definisjoner av begrep. Hentet fra «Nordisk lærebok i audiologi», av Laukli, E. 2007, s. 274.

Det er i hovedsak de to siste begrepene som vil være aktuelle i studien, men likevel vil de to andre begrepene bli omtalt, fordi de alle må sees i sammenheng for å få en helhetlig forståelse.

Hørselshemming er en fellesbetegnelse som omfatter alle grader og arter av hørselstap. Innenfor gruppen mennesker med hørselshemming skiller en gjerne mellom to hovedgrupper, tunghørte og døve (Laukli, 2007). *Tunghørthet* vil si at personer med hørselshemming i samtalsituasjoner primært utnytter hørselen til å oppfatte tale og til å kunne kontrollere egen stemme (Falkenberg & Kvam, 2008). Vanligvis vil tunghørte avhjelpe med høreapparat og eventuelt andre hørselshjelpemidler. Med *døvh* menes et høygradig hørselstap som i vesentlig grad reduserer mulighetene for oppfattelse av tale via hørselsinntrykk og kontroll over egen taleproduksjon (Statens helsetilsyn, 2000). En tunghørt person vil kunne fungere som döv i en del sosiale situasjoner, eksempelvis i omgivelser med mye støy. Hørselstapets størrelse og alder da tapet inntraff vil være avgjørende for personens utvikling (Laukli, 2007).

Hørselstap kan være medfødt eller ervervet. Et *medfødt hørselstap* vil si at tapet av hørselen er fra før fødsel og fram til og med førspråklig alder. Hørselstapet kan være arvelig betinget, eller det kan være resultat av feilutvikling eller skade under svangerskapet eller fødsel.

Ervervet hørselstap regnes som når den har oppstått etter førspråklig alder. Det kan være på grunn av sykdommer og skader som oppstår etter fødsel, eller arvelige disposisjoner, betennelser, infeksjoner samt forgiftninger som kan føre til en akutt eller gradvis forringelse av hørselen (Falkenberg & Kvam, 2008).

Det er vanlig å skille mellom mekaniske hørselstap, også kalt ledningstap, og nevrogene hørselstap. I blant vil det også forekomme en kombinasjon av disse.

Ved *mekaniske tap* er årsaken lokalisert til det ytre øret eller til mellomøret. Lydene vil da nå det indre øret med svakere styrke enn normalt, men blir bearbeidet og formidlet videre til den delen av hjernen som har med hørselen å gjøre på normal måte. Ulike hørselstap som kan forekomme kan eksempelvis være på grunn av hull eller arrdannelser i trommehinnen, akutt mellomørebetennelse, forkalkninger i ørebenskjeden eller brudd i ørebensskjeden.

Ørevoksproduksjonen hos noen mennesker kan også føre til et mekanisk hørselstap, ved at mellomøret blir tett (Laukli, 2007).

Ved *nevrogene hørselstap* rekker lydbølgene uhindret fram til sanseorganet i det indre øret. Hørselstapet innebærer da at sansecellene også kalt hårceller, i cochlea er defekte. Årsaken kan også ligge i nerveceller, hørselsnerven eller sentralt i hjernen. Ulike hørselstap som kan forekomme her kan være på grunn av prematuritet eller lav fødselsvekt, skader eller infeksjoner, ulike syndromer, medikamenter eller forgiftning, støyskader eller hørselstap

påvirket av aldring (Laukli, 2007). Det finnes også ulike skader i hørselsbanene og hørselssentrene som kan medføre hørselstap, for eksempel *auditiv prosesseringsvansker* som er et kompleks og heterogen hørsels- og kommunikasjonsvanske som påvirker måten hjernen bearbeider og forstår lyd på. Det innebærer vansker med for eksempel å skille relevant informasjon fra ikke relevant informasjon (Laukli 2007, Stach 2009).

I sammenheng med hørselstap finnes det også *hørselsrelaterte vansker* (Laukli, 2008). De vanligste er:

Recruitment, er en bivirkning av et nevrogen hørselstap (Laukli, 2007). Når man har et nevrogen hørselstap, har noen av hårcellene i det indre øret sluttet å fungere. Når dette skjer, vil hjernen begynne å rekruttere de manglende hårcellene ved å bruke andre områder hvor det befinner seg hårceller. Disse hårcellene må derfor gjøre dobbel så mye arbeid. Hvis det kun er noen få hårceller som slutter å fungere, er det ikke noe stort problem for de andre hårcellene som rekrutteres å gjøre arbeidet. Men hvis mange eller de fleste hårceller slutter å fungere, vil det bli et større problem (Stach, 2009). Dette medfører at lyden som når fram til hjernen vil oppleves som mye kraftigere enn normalt. Lydinstrykkene vil også oppleves som uklare eller forvrengte. I praksis vil det for mange bety at forsterkning, for eksempel via høreapparat, har en begrensning. For personer med kraftig recruitment vil høreapparat i mange tilfeller være til ingen nytte (Laukli, 2007).

Hyperacusis, betegnes som en ekstrem følsomhet for lyder. Personer med hyperacusis har en unormal styrkeoppfattelse av lyd, slik at en del hverdagslyder oppleves ubehagelig sterke. Det kan forekomme både hos personer med og uten hørselstap. For mange kan det komme i forbindelse med at man har vært utsatt for sterk lyd, eller i forbindelse med livskriser. Det kan komme plutselig eller gradvis (Stach, 2009, Laukli 2007). Ofte forekommer hyperacusis sammen med tinnitus (Williams, 2013).

Tinnitus, er den medisinske betegnelsen for øresus. Lyden kan ha forskjellig karakter og intensitet, avhengig av årsaken, derfor vil det også være vanskelig å finne eksakt tall på andelen av befolkningen som har tinnitus. Imidlertid viser Williams (2013) til undersøkelser som er gjort internasjonalt som vel som i Norge, og anslår at om lag 10 % av befolkningen har tinnitus i varierende grad. Av disse vil anslagsvis mellom 5 -20 % være rammet av tinnitusplager. Tinnitus forekommer oftere hos eldre, enn hos yngre, men eldre ser ikke ut til å oppleve sin tinnitus som mer plagsom enn yngre (Laukli, 2007).). Svært mange mennesker

har tinnitus, og de aller fleste har hatt en eller annen tinnitusopplevelse i løpet av livet. Bare hos et mindretall utvikles tinnitus til en lidelse (Williams, 2013). Tinnitus opptrer vanligvis med skader på cellenivå i cochlea. Williams (2013) hevder at man ser at øret må være involvert i tinnitus, uten at vi i dag vet nøyaktig hvordan det hele henger sammen. Hjernen vår er selektiv. Nye lyder og lyder som vekker følelsesmessige reaksjoner blir fremhevet så vi hører dem tydeligere. Økt fokusering på en lyd fører til at lyden fremstår tydeligere og høyere. Dette er normalt en hensiktsmessig reaksjon, fordi vi reagerer på ting som er nye og som kanskje varsler om fare. Ved tinnitus kan denne forsterkningen føre til at man kommer inn i en ond sirkel, der plagsom lyd blir fremhevet. Dersom negative følelser kobles til tinnituslyden, vil denne forsterkes. Det danner seg en lydhukommelse for tinnitus og kan gjøre at det blir en kronisk tilstand (Williams 2013, Falkenberg & Kvam 2008).

Forekomst av personer med nedsatt hørsel

Det har blitt foretatt flere undersøkelser for å kunne estimere et bilde av antall hørselshemmede i landet. Nævdal (1992) viste til egen og andres undersøkelser som hevder at 50-60 % i aldersgruppen 67-76 år hadde nedsatt hørsel. Under 40 % rapporterte dette selv når de ble spurt. Helse- og sosialdepartementet (2002) legger til grunn at 600 000 nordmenn hører dårlig. Det vil si 14,5 % av befolkningen. Falkenberg og Kvam (2008) påpeker at flere enn hver tredje av disse har fått sitt hørselstap som følge av aldringsprosessen. Etter hvert som den gjennomsnittlige levealderen øker, vil også forekomsten av denne typen hørselstap øke. Keilman og Pham (2005) gjorde en undersøkelse hvor det kom frem at det kan forventes en økning i levealder helt opp til 86 år for menn og 90 år for kvinner innen år 2060. Med utgangspunkt i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Folkehelseinstituttet, 2012), ble det også gjort en hørselsundersøkelse hvor den viste at 21,6 % av populasjonen hadde et mildt hørselstap, og 14,5 % hadde et betydelig hørselstap, ifølge de kriterier for hørselstap som var beskrevet. Utbredelsen av hørselstap varierte fra 16,8 % i gruppen under 40 år til 91 % i gruppen over 80 år. Under halvparten av de som fikk et hørselstap, oppga dette som plagsomt (Folkehelseinstituttet, 2012)

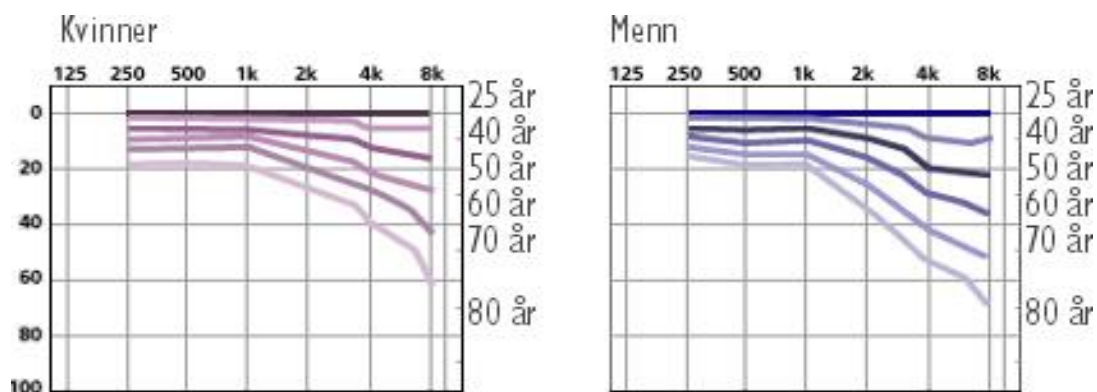
2.1.3 Hørselstap hos eldre

Ørets og det sentrale hørselssystemets funksjonsevne påvirkes av aldring. Som nevnt over har hele 91 % av gruppen over 80 år et hørselstap. Men alle hørselstap som eldre rammes av, er naturligvis ikke bare på grunn av aldringsprosessen. I løpet av menneskers levetid kan en bli

utsatt for overdreven støy, sykdom, miljøgifter, ototoksiske medikamenter og lignende, som kan føre til hørselstap (Stach, 2009). Hvis man legger til hørselstap av arvelige årsaker også, kan man begynne å lure på hvordan noens hørsel kan være normal i eldre år. Hull (1995) beskriver variasjonen av hørselstap hos eldre på en god måte slik: «There are almost as many estimates of hearing loss among older adults as there are professionals assessing or treating those who possess it» (s. 1). Stach (2009) sier at hørselstap som oppstår ved aldring, som ikke kan tilskrives andre årsaksfaktorer, kan betraktes som presbycusis.

Presbycusis er den medisinske betegnelsen på aldersrelatert hørselstap (Laukli, 2007). I følge Stach (2009) er aldersrelatert hørselstap den ledende bidragsyter til hørselstap hos eldre. Etiologien av et aldersrelatert hørselstap er cellens aldersbetingende degenerering (Laukli, 2007). Det vil si at sanseceller som hårceller og nervecellene i sneglehuset stort sett har mistet sin evne til å regenereres. Degenerative endringer i sneglehusets celler varierer imidlertid fra individ til individ. Noen opplever et betydelig tap av hårceller i 50-års alderen, mens andre bare har et beskjedent tap i en alder av 80 år. Årsaken for disse individuelle variasjonene er uvisst. Det antas at en stor del er arvelig, men det kan også finnes andre årsaker, som støybelastning. Utover arvelighet og støy kan også stress, kosthold og andre miljøfaktorer spille en rolle (Laukli, 2007).

I audiogrammet under, kommer det fram hvordan hørselen reduseres med alderen. Man kan også se at denne aldersrelaterte effekten er mer tydelig hos menn, enn hos kvinner.



Figur 4: Hørselsreduksjon med alderen. Hentet fra http://phonicear.fr/eprotiscripts/files/encyclopedia/images/Age_Induced_Hearing_Loss_NO.jpg

Aldersrelatert hørselstap er progredierende og skjer gradvis og svært langsomt, derfor merker ofte ikke personen selv at hørselen svekkes. Omgivelsene legger derimot lettere merke til situasjonen (Laukli, 2007). Aldersrelatert hørselstap innebærer en uunngåelig påvirkning på

evnen til å oppfatte tale. Særlig i vanskelige lyttesituasjoner med bakgrunnsstøy eller etterklang. Årsaker til dette skyldes flere faktorer. Dette er et typisk diskantdominert hørselstap, som vil si at det vil være vanskeligheter å oppfatte de lyse tonene, som igjen gjør det vanskelig å høre ustemte konsonanter som /p/, /k/, /t/, /s/, /f/ og /h/. Strukturelle endringer kan også berøre andre deler og celler i sneglehuset. I følge (Laukli, 2007) kan det forekomme en viss grad av aldersbetingede forandringer også i hørselsnervens og de sentrale hørselsbanenes nerveceller. Noe som kan påvirke sentrale funksjoner for hørselen.

Når det gjelder forskning på presbycusis, har fokuset for det meste ligget på degenereringen av hårceller i cochlea og hørselsnerven. Hull (1995) påpeker derimot at det er sterke indikatorer på at presbycusis også omfatter *prossesseringsvansker* (se kapittel 2.1.2). Dette kan føre til at mange eldre i praksis opplever det som vanskelig å forstå i større grad, enn det en skulle tro at de hørte og forstod ut fra rentonetesting- og audiogram, som er måleinstrument for å teste grad av hørselstap. På fagspråket kalles dette for *diskriminasjonsproblemer*, og denne generelle reduksjonen i å forstå tale er kanskje det mest observerbare aspektet ved presbycusis (Hull 1995, Stach 2009).

De hørselsrelaterte vanskene recruitment og tinnitus (se kapittel 2.1.2) er en hyppig forekomst blant eldre med hørselstap (Laukli, 2007). Årsaken ligger i at hørselstapet er et progredierende nevrogen hørselstap. Eldre med recruitment vil oppleve å ikke kunne nyttiggjøre seg andre personers forsøk på å snakke ekstra høyt til dem. Snarere tvert i mot, talen vil bli forvrengt, vanskelig å oppfatte og vond å lytte til (Laukli 2007). Ved tinnitus hos eldre er vurdering av hvordan lyden opptrer i tid, styrke og karakter, samt hvordan den påvirker personers livssituasjoner, viktig med tanke på diagnostikk og behandling, ikke minst for personens egen skyld, da tinnitusplager lett kan tolkes som utelukkende relatert til psykiske problemer (Laukli, 2007).

Eldre kan dermed ha andre typer hørselsvansker i tillegg til presbycusis, som kan være en ytterligere forsterkning av de utfordringene som eldre hørselshemmede kan møte. Men hvordan den enkeltes utvikling og alvorlighetsgrad oppleves vil variere avhengig av deres situasjon og omgivelsenes møte med deres utfordringer.

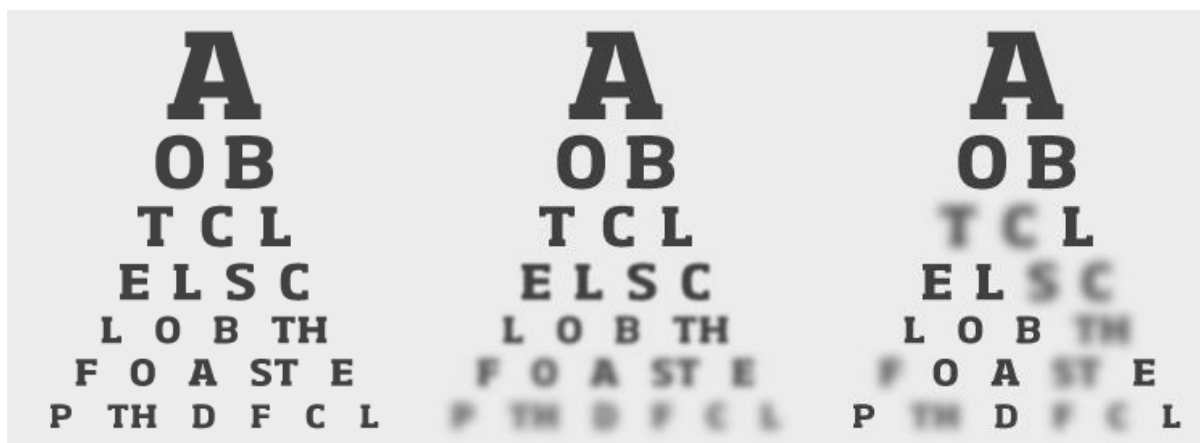
2.1.4 Når hørselen svikter

Vi mennesker er sosiale vesener og kommunikasjon med andre er et vesentlig og viktig aspekt i våre liv. Evnen til å kommunisere er avgjørende for å formidle våre meninger, behov og følelser. Det er gjennom kommunikasjon vi skaper de sosiale relasjonene, det som gjør oss til deltagere i livet omkring oss (Grønlie, 2005).

Hørselshemming er en usynlig funksjonshemming som kan få konsekvenser for deltakelse på de fleste arenaer. Hørselstap hos eldre kan først og fremst defineres som et kommunikasjons- og informasjonshandikap i en verden som er tilpasset de som hører (Grønlie, 2005).

Hørselstapet innvirker både på evnen til å kommunisere, benytte auditiv informasjon og orientere seg etter lydkilder (Laukli, 2007). Sviktende hørsel stiller økte krav både til personen med nedsatt hørsel og den hørende samtalepartneren. Kommunikasjon blir tidkrevende og slitsom fordi den hørselshemmede bruker mye konsentrasjon og krefter på å forstå det som sies. Mange som blir rammet av hørselstap bruker også selv mye krefter på å usynliggjøre problemene ved å ta i bruk strategier som å unngå situasjoner hvor kommunikasjon er fremtredende og uteblir fra aktiviteter de før var aktivt med i (Grønlie, 2005).

Hjelpemidler som høreapparat eller samtaleforsterker kan være nyttige hjelpemidler, selv om høreapparat ikke alltid er effektive ved denne typen hørselstap. Grunnen til dette er at høreapparatet ikke vil erstatte lydene som den hørselshemmede ikke hører, men vil kun gi en forsterkning av dem (Laukli, 2007). I følge Helse- og sosialdepartementet (2002) er det mange som går rundt med den oppfatningen av at kompensasjonsmulighetene ved bruk av høreapparat kan sammenlignes med bruk av briller hos personer med en synssvekkelse. Noe som ikke er tilfelle og er viktig å poengtere. Illustrasjonen under viser forskjellen:



Figur 5: Forskjell på normal hørsel, synstap og hørselstap. Hentet fra:
<http://www.oticon.no/~asset/cache.ashx?id=14966&type=4&format=raw>

Når en person med synstap får på seg briller vil de uklare bokstavene som ved illustrasjonen over i midten som oftest kunne sees klart igjen. Mens hos en person med hørselstap vil de uklare bokstavene illustrert i bildet til høyere kun høres sterkere, med høreapparat. Med andre ord vil det si at å sette et høreapparat på en person med nedsatt hørsel ikke vil gi vedkommende opplevelse av å høre normalt igjen, slik en person med nedsatt syn vil oppleve ved bruk av briller.

Taleoppfattelsen er basert på hørselssansen, og det meste av menneskelig kommunikasjon er basert på tale. Mening blir skapt og delt i kommunikasjon mellom mennesker. Ulleberg (2004) sier at all kommunikasjon handler om relasjoner. Videre sier hun at alt er kommunikasjon, både det som sies, gjøres, og det som ikke blir sagt og gjort. En rekke aktiviteter i ens liv har utgangspunkt i lydbasert kommunikasjon. Dette vil ifølge (Laukli, 2007) utgjøre barrierer for personer med nedsatt hørsel. Hørselshemmede har, som følge av deres nedsatte hørsel, ikke de samme forutsetningene for å delta i samfunnet som de med normal hørsel. Hvordan budskapet tolkes av mottaker er ingen selvfølge. En forståelse av situasjonen avhenger av hvilke ideer mottakeren har om seg selv, hva slags relasjon man har til avsender og i hvilken situasjon eller i hvilken kontekst budskapet sendes. All erfaring er subjektiv og all persepsjon er tolkning (Ulleberg, 2004). Dette har betydning for hvordan budskapet oppfattes, og for det videre samspillet i kommunikasjonen.

I en studie gjort av Hallberg og Carlsson (1993) ble det undersøkt hvilke situasjoner personer med nedsatt hørsel opplevde som stressende og som medførte at den hørselshemmedes delaktighet ble svekket. Situasjonene som oftest ble nevnt i undersøkelsen var relatert til

kommunikasjon. Eksempler på slike situasjoner var, hvor flere snakket samtidig, å snakke med personer på avstand, etablere nye kontakter, «small-talk» i selskap, informasjonsmøter eller snakke i telefon (Hallberg & Carlsson, 1993). Også dialekter, aksent eller språk som ikke er godt kjent for personen utgjør en ekstra utfordring (Grønlie, 2005).

For tunghørte vil dette på mange måter være en utfordring. For det første kan det være vanskelig å oppfatte hva som blir sagt. For det andre kan det være pinlig å spørre om igjen mange ganger, og for det tredje kan det lett oppstå misforståelser (Grønlie, 2005). Med andre ord vil relasjonene mellom de som kommuniserer være av avgjørende betydning for tolkningen av budskapet. Hvis man kjenner hverandre godt og vet noe om hvilket tema som er i fokus, vil det være enklere å tolke. Sammenliknet med om man befinner seg i en situasjon med ukjente mennesker, og er utrygg om man vil strekke til eller ikke (Ulleberg, 2004). Ideelt sett er samtalen en fri meningsutveksling mellom to likeverdige mennesker som preges av hensyn og samarbeid, og at det opprettholdes en kontinuerlig felles forståelse. Personer med hørselstap vil ha behov for gjentakelser og presisering av ord og setninger som vil forårsake avbrudd i samtalsens naturlige flyt. Irritasjon fra omgivelsene vil ofte stige med gjentakelse av slike brudd (Hull, 1995).

Den muntlige kommunikasjonen består av mange meningsskapende deler som pauser, prosodi, gester og mimikk. Og ikke minst å holde turene og turtaking. For en som ikke hører så godt vil dette være vanskelig tilgjengelig. Gester og mimikk vil være en fordel for forståelsen, mens tonefall og pauser kan være vanskelig å fange opp nyansene i (Ulleberg, 2004). Det vil derfor være muligheter for misforståelse og mangel på oppfatning av budskapet. Blant annet har Gomez og Madey (2001) gjort en studie som skiller mellom to strategier eldre bruker i slike kommunikasjonssammenhenger. Den ene strategien kaller de *adaptive strategier*. For eldre vil det være å bruke høreapparat, å se på den man snakker med, be andre om å gjenta, plassere seg hensiktsmessig med tanke på den som snakker, be andre snakke høyere, forsterkningshjelpemidler, be andre snakke langsommere, be andre om å snakke henvendt mot seg og be om at andre får din oppmerksomhet før de snakker. Den andre strategien Gomez og Madey (2001) refererer til kaller de *maladaptive strategier*. Som for eldre mennesker vil bety å late som de har forstått, å avbryte samtalen, å unngå samtale med ukjente, å unngå sosiale situasjoner, å dominere samtalen eller å ignorere den som snakker. Videre viste studien at eldre mennesker oftest brukte de strategiene som de opplevde som

mest effektive, enten de fremmet kommunikasjon eller ikke. Den sosial støtten fra omgivelsene var av avgjørende betydning for hvilke strategier som ble tatt i bruk.

En rekke forskere ved universitetet i Gøteborg har nylig gjort en undersøkelse og undersøkt hvorfor folk har en tendens til å bli mer innadvendte med alderen. I følge forskerne Berg og Johansson (2014) var det kun nedsatt hørsel som ble funnet å være relatert til en brattere nedgang i utadvendthet. Noe de sier er et forventet funn, ettersom nedsatt hørsel tidligere har vist seg å være relatert til sosial isolasjon fordi den reduserer evnen til å delta i sosiale aktiviteter. Men videre sier de at det også er overraskende å finne en så utbredt tilstand av svekket hørsel som er relatert til personlighetsforandringer (Berg & Johansson, 2014). Til AFP (Agence France-Presse) sier Berg at så vidt de vet, er dette første gang det har blitt påvist en sammenheng mellom hørselsproblemer og personlighetsforandringer i en longitudinell studie (Bauer, 2014). Desto viktigere vil det dermed være at hørselen til eldre blir sjekket og fulgt opp. Mange unnlater å oppsøke sosiale situasjoner, fordi det oppleves som slitsomt og ubehagelig at man ikke får med seg hva som blir sagt. De tydeligste signaler sender vi gjennom språket, og ved vekselvis å snakke og lytte påvirker vi kvaliteten i vårt samvær med familie, venner og eventuelle omsorgspersoner. Eldre mennesker med nedsatt hørsel kan bevare livskvaliteten ved selv å kompensere for sosiale og funksjonelle tap, men også deres omgivelser må være med på å tilrettelegge, slik at de kan fungere på tross av sitt hørselstap.

Med utgangspunkt i det nevnte, vil et hørselstap som svekker muligheten for kommunikasjon og sosial inkludering, øke faren for passivitet og sosial isolasjon. I følge Statens helsetilsyn (2000) kan sosial isolasjon og ensomhet i seg selv være sykdomsfremkallende og få følger for selvbildet, identiteten og selvrespekten. De fleste vil sannsynligvis anse kommunikasjon som en sosial og følelsesmessig nødvendighet. Vi utvikler oss i kommunikasjon og samvær med andre mennesker, og får en bekreftelse på den verdi og betydning vi har for andre. For eldre mennesker er dette ofte spesielt viktig, fordi mange med stigende alder opplever mindre mobilitet, snevrere omgangskrets og et generelt mindre aktivt liv. Redusert eller manglende kommunikativ kontakt kan føre til at eldre ikke får bekreftet seg selv som ressurs og som viktige for felleskapet (Poulsen, 2005). Mennesker med hørselshemming er like heterogen gruppe som de i befolkningen som ikke har en hørselshemming. Likevel kan hørselshemmede møte holdninger, synspunkter og utsagn i samfunnet som samsvarer lite eller ingenting med de erfaringer og den oppfatning den enkelte hørselshemmede selv har. Dette gjør at det blir

vanskelig å framstille seg som den genuine person man er, fordi man i en sosial sammenheng må forholde seg til andres fordommer og manglende kunnskap (Statens helsetilsyn 2000).

Med tanke på hvordan andre kan oppfatte eldre med nedsatt hørsel sier Hull (1995) det slik: «They may be described by their family or others with whom they associate as “confused”, disoriented, non-communicating, uncooperative, and “angry old _____,” withdrawn, and most unfair of all, “senile”» (s. 51). Han viser altså til at hørselstap hos eldre kan oppfattes av andre som blant annet forvirrethet og demens. Selv om eldre mennesker gjerne er oppegående og intelligente, står de foran et frustrerende problem rundt diskriminering av lyder og redusert selvtillit. Sjenanse, frustrasjon og sinne er følelser som ofte oppstår hos eldre mennesker med hørselstap (Hull, 1995). Hørselshemmedes opplevelse av en gjentakende vond sirkel av følelser i mislykkede kommunikasjonssituasjoner kan føre med seg mange negative emosjonelle opplevelser. I følgende sitat beskriver Hull hvordan en slik sirkel kan oppleves:

The speaker's initial unspoken display of frustration at the elderly listener's ability to understand the statement or question caused heightened anxiety on the elderly person's part. Anxiety, in that situation, breeds failure, failure breeds frustration, frustration breeds further failure, and on and on, until some resolution to cease the conversation, leave the situation, or continue to display anger and frustration is reached. (Hull, 1995, s. 53)

Man vil dermed finne mange eldre som sitter hjemme for å unngå vanskelige kommunikasjonssituasjoner og flere nederlag.

Hørselstap anses som å være en skjult funksjonshemming. For omgivelsene vil derfor kunne være lettere å innrette seg etter noen som sitter i rullestol eller noen med et karakteristisk utseende, enn å prate på en god måte med en person som har et hørselstap. Med tanke på dette er det viktig for den enkelte selv å informere om sin hørselshemming og gi anvisning for hvordan omgivelsene kan kompensere for hørselstapet. Clausens (2003) undersøkelse viste at når hørselshemmede gir anvisning ved å gjøre oppmerksom på hørselstapet, og gir informasjon om hva som skal til for at man skal få med seg budskapet, viser det seg at rundt 60 % opplever dette som virkningsfullt.

Selv om nedsatt hørsel hos eldre kan bringe med seg en rekke sekundærplager, så kan kommunikasjon med andre opprettholdes og sekundærplager som hørselstap kan bringe med

seg forebygges. Det kreves i så fall individuelle tilpasninger, kommunikasjonsmetoder og tekniske hjelpemidler.

2.2 Hjemmetjenesten

I det følgende vil det redegjøres for pleie- og omsorgstjeneste med fokus på hjemmesykepleien. Deretter gjøres det rede for hvem mottakerne av hjemmetjenesten er etterfulgt av forbyggende og helsefremmende sykepleie. I tillegg vises viktigheten av å ha et godt menneskesyn og holdninger. Til slutt sees det på sykepleierens rolle i hjemmetjenesten.

2.2.1 Pleie- og omsorgstjenesten

Mange eldre mennesker vil ha et behov for pleie og omsorg i offentlig regi. Kommunene har ansvar for de allmenne helsetjenestene, mens helseforetakene skal sørge for de spesialiserte tjenestene. Kommunene har også ansvar for rehabilitering, pleie- og omsorgstilbud og sosiale tjenester (Fjortøft, 2006). Et rehabiliteringstilbud i kommunen for eldre hørselshemmede må derfor sees i sammenheng med et pleie- og omsorgstilbud. Det antas at mer enn halvparten av alle hørselshemmede vil være tjenestemottakere fra personell i omsorgstjenesten (Helse- og sosialdepartementet, 2002). Dette forutsetter en grunnleggende kunnskap om konsekvenser av hørselstap og behov for tilretteleggingstiltak i pleie- og omsorgstjenesten. Kommunen forventes å ha kompetanse på hørselshemmedes kommunikasjons- og informasjonsproblemer, høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler, samt psykososiale konsekvenser ved å ha nedsatt hørsel. Videre må kommunen forventes å ha kunnskap om hørselshemmedes behov, og oversikt over aktuelle tilbud til statlige etater og i spesialisthelsetjenesten hevder Helse- og sosialdepartementet (2002).

Fjortøft (2006) beskriver hjemmesykepleie som et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende personer når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid. I den sammenheng må den primære oppgaven for hjemmesykepleien være å utføre tjeneste med helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjoner. Faktorer som ansattes kunnskaper om hørselens betydning, konsekvenser, informasjon, samarbeid samt deres rammer vil være med på å prege kvalitet og mål for arbeidet deres. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) beskriver hvilke oppgaver og tjenester som kommunen skal gi til sine innbyggere. Helsepersonell er pliktet

etter helsepersonelloven (1999) å gi helsehjelp som er faglig forsvarlig og omsorgsfull. Det har både faglige, etiske og juridiske dimensjoner (Fjørtoft, 2006). Det stilles dermed krav til både virksomheten og den enkelte helsearbeider.

2.2.2 Mottakerne av hjemmetjenester

Det har vært mye omtalt hvilket begrep som bør brukes overfor mottakere av hjemmetjenester. Begrepet pasient kan gi assosiasjoner til en hjelpetrengende person som er svak og hjelpeløs. Men ved bruk av begrepet bruker får den hjelpetrengende en mer aktiv rolle. I følge Fjørtoft (2006) formidler brukerbegrepet et perspektiv som legger vekt på pasientens muligheter til å spille en mer aktiv rolle, og tydeliggjør pasientens rett til selvbestemmelse og myndiggjøring. Begrepet bruker som anvendes i behandlingssammenheng, retter altså i større grad fokuset mot aktivitet og delaktighet. En bruker skal være med å ta valg med tanke på sin egen livssituasjon og bruken av omsorgstjenesten. Begrepet omfatter en oppfatning om likeverdighet mellom den som trenger hjelp og den som gir hjelp (Fjørtoft, 2006).

Både det økende antall eldre som mottar pleie og omsorg i eget hjem og det økende antall personer over 65 år, er drastisk. I følge Andreassen (2010) vil antall personer i alderen 67 år og eldre vokse raskt, fra 624 000 i 2010 til om lag 1,5 millioner i 2060. Dette skyldes blant annet økende alder, men også innvandring og større fødekull fra 1933 til 1946.

Forskningsprosjektet Future of Retirement (Leeson, 2008) viser at fremtidens eldre kommer til å skille seg fra nåtidens eldre. Fremtidens eldre vil i enda høyere grad ha en bedre helse, bedre økonomi, bedre utdanning og være mer politisk og samfunnsmessig engasjert. De vil i høyere grad enn nåtidens eldre forvente å være vant til å bestemme over egen tilværelse. Dette vil igjen medføre et økende behov for ressurser og kompetanse innenfor hjemmetjenesten. Både samfunn- og helsepolitiske endringer medfører at flere eldre bor hjemme lenger (Fjørtoft, 2006).

2.2.3 Forebyggende og helsefremmende sykepleie

I følge Poulsen (2005) vil forebyggende helsearbeid for eldre dreie seg både om å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Og om å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet. Mæland (2005) beskriver noen overordnende prinsipper for forebyggende arbeid, blant annet inneholder det å legge omgivelsene til rette for en best mulig helseutvikling,

styrke motstandskraften mot forhold som kan true eldre menneskers helse, stimulere deres evne til mestring og kontroll, og å bidra på alle hensiktsmessige måter til at deres livskvalitet blir best mulig. Dette kan sees i sammenheng med det Aase (2010) kaller pasientsikkerhet som innebærer å ivareta pasientens sikkerhet slik at uønskede hendelser unngås. Det er å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av en helsetjenesteprosess (Aase, 2010). Begrepet pasientsikkerhet brukes fordi det ikke finnes teori om brukersikkerhet. Om begrepet brukersikkerhet blir brukt, gjøres leserne oppmerksom på at det menes pasientsikkerhet i den betydning. Pasientsikkerhet er knyttet til kvaliteten i helsetjenesten og er indikator for kvalitetsutvikling og forbedring i pleie- og omsorgssektoren. Aase definerer pasientsikkerhet slik:

Uønskede hendelser som er en utilsiktet skade eller komplikasjon som er forårsaket av pleie og behandling, ikke pasientens sykdom. En utilsiktet hendelse resulterer i invaliditet, død eller forlenget sykehusopphold eller funksjonsreduksjon på utskrivelsestidspunkt. Feil som ikke medfører større konsekvenser for pasienten, er ikke således inkludert. Utilsiktede hendelser dekker både feil og komplikasjoner i forbindelse av pleie, omsorg og behandling. (Aase, 2010, s. 26)

Med dette vil det si at sykepleierens evne til å forhindre eller begrense sekundærplager hos eldre med svekket hørsel vil være å utøve pasientsikkerhet hos denne brukergruppen. Det forebyggende helsearbeidet for eldre rommer i følge Ranhoff (2008) to forskjellige aspekter. Det første er forebyggende tiltak til den hensikt at eldre mennesker skal oppnå et langt liv med god funksjon og minst mulig sykdom. Hensikten er det som i amerikansk faglitteratur kalles «successful ageing». Dette er tiltak som gjelder alle fra tidlig voksen alder, som blant annet påvirkning av livsstil, og tiltak som blir viktigere når eldre menneskers funksjoner svekkes, eksempelvis å forebygge fall og ulykker. Det andre aspektet gjelder tiltak for å bevare funksjon og livskvalitet hos kronisk syke eldre (Ranhoff, 2008). Å påvirke livsstilen er fortsatt viktig, men på en annerledes måte enn for de som er yngre og sprekere. Relasjonen mellom funksjonssvikt og dårlig livskvalitet henger nært sammen. Årsakene er i begge tilfeller som oftest en kombinasjon av sykdom og aldersforandringer. Det er store individuelle variasjoner i hvordan den enkelte eldre tar vare på egen helse og livskvalitet. Tidligere holdninger, ressurser, preferanser og vaner tas med inn i alderdommen. For sykepleierne blir det viktig å kartlegge eldre menneskers forutsetninger og preferanser. I dette ligger det individuelle, materielle og sosiale forhold. Foruten kartleggingen vil det være å gi hjelp og

støtte til helsefremmende atferd. Det gjøres både ved at en gir konkret informasjon om helse, sykdom og helsefremmende tiltak, samt ved at en er støttende og oppmuntrende og supplerer mangelfulle ressurser der det er mulig (Ranhoff, 2008).

De fleste brukere med kroniske sykdommer følges opp av primærhelsetjenesten, og der har sykepleiere i hjemmetjenesten en sentral oppgave (Ranhoff, 2008). Tiltak som kan hjelpe brukere til å ha et godt liv til tross for sykdom er dermed svært viktige. Kroniske tilstander hos eldre der forebygging av funksjonstap og komplikasjoner er viktig, er blant annet eldre med hørselstap. Gode prinsipper kan i følge Ranhoff (2008) være, å holde regelmessig kontakt med brukeren, være faglig oppdatert om sykdommen og om behandlingsmulighetene, oppsøke brukeren aktivt og gi vedkommende lett tilgang til kontakt. Gi kontinuerlig informasjon og opplæring til brukeren og eventuelt pårørende, slik at de kan yte best mulig omsorg. Utgangspunktet for å kunne bidra til dette må være elementær kunnskap om de enkelte tilstandene og om hvordan de best kan forebygges og behandles, men først er et felles menneskesyn og gode holdninger avgjørende.

2.2.4 Menneskesyn og holdninger

Hjemmesykepleie handler først og fremst om å arbeide med mennesker og møte deres behov. Dermed vil menneskesynet til sykepleierne være vesentlig. Menneskesyn er et overordnet verdisyn som styrer oss, bevisst eller ubevisst, og som påvirker hvordan vi behandler mennesker. Menneskesynet har betydning for forståelse og gir retning for våre handlinger (Fjørtoft, 2006). Kluckohn og Murray (1953) er to amerikanske psykologer som beskriver at mennesket kan forstås på tre nivåer og disse får frem ulike aspekter i det å forstå mennesket. Nivåene er basert på at mennesket er, som alle andre, som noen andre eller som ingen andre. I det første legger de at vi kan forstå mennesket ut fra hva som er *felles* for alle. Med tanke på sykepleiens tradisjon og fokus har Fjørtoft (2006) formulert noen grunnleggende antakelser som gjelder for alle mennesker. Disse antakelsene er blant annet at alle mennesker er like mye verdt og har en verdi i seg selv. Mennesket er både et selvstendig individ og et fellesskapsvesen, mennesket har behov for mening, og mennesket er alltid i en situasjon og en sammenheng (Fjørtoft, 2006). I det andre nivået legger psykologene vekt på å forstå mennesket som *noen* andre. Det innebærer at vi ser den enkelte ut fra at hun er en del av en gruppe. Vi tilhører en bestemt generasjon og kultur, har en bestemt yrke og er i en bestemt type livssituasjon. I møte med mennesker vil alle slike kategorier bidra til hvordan vi forstår

den personen vi møter, og styre oppmerksomheten vår. Dette er svært relevant med tanke på hvordan sykepleiere møter brukere i følge Fjørtoft (2006). Sykepleiere har mye kunnskap om hvordan ulike grupper kan ha det ut fra livssituasjon og helsesvikt. Det kan blant annet dreie seg om å forstå hvordan det er å leve med en kronisk sykdom eller ha en psykisk lidelse. Eller det kan dreie seg om å forstå hvordan det oppleves å være hjelpetrengende og mottaker av omsorgstjenester. Det siste nivået Kluckohn og Murray (1953) referer til, handler om at mennesket er som *ingen* andre. Det vil si at til tross for likhetstrekk er ingen like. Det enkelte mennesket er derfor spesielt, og vi kan ikke vite alt. Mennesket er mer enn bare summen av de ulike delene, og et helhetlig menneskesyn innebærer at vi anerkjenner dette. Å ivareta dette vil innebære å være ydmyk overfor det vi ikke vet. Det er viktig å se den enkelte i en sammenheng og inkludere hele livssituasjonen. Utfordringen vil her være å forstå mennesket i en mangfoldig sammenheng og være åpen for at det kan være flere sider hos den enkelte enn vi umiddelbart ser (Fjørtoft, 2006).

Sykepleiere med et helhetlig menneskesyn fokuserer ikke bare på å dekke menneskets fysiske behov for mat og personlig hygiene, men ser hele mennesket og forsøker å dekke både de fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behovene samtidig. Det menneskesynet sykepleiere har, får innvirkning på holdningene og oppførselen som vises ovenfor brukerne.

2.2.5 Sykepleierens rolle

Å arbeide i hjemmesykepleie er et stort tverrfaglig arbeid, med tanke på alle plager eldre utsettes for som en naturlig konsekvens av alderdom. I dette samarbeidet finnes det mange yrkesgrupper, blant annet ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte. Av disse vil sykepleiere være blant den hyppigste faggruppen som har daglig kontakt med hjemmeboende eldre sammen med omsorgsarbeidere og ufaglærte (Fjørtoft, 2006). I den sammenhengen vil personalet og deres kompetanse være en av de viktigste ressursene i hjemmesykepleien. Det må være tilstrekkelig og kompetent personale til å møte brukeres behov og sørge for forsvarlig oppfølging. Kravene som stilles til kompetanse og samarbeid er store.

Sykepleiens funksjon i hjemmetjenesten er å bidra til den enkeltes mestring av en vanskelig livssituasjon. Sykepleieren må ha en grunnleggende kunnskap om og forståelse av brukerens situasjon og hva som skal til for å oppnå best mulig helse og livskvalitet sett ut i fra et helhetsperspektiv. Ressurser og livsopplevelser den enkelte tar med seg fra et langt liv må tas

i betraktning (Fjørtoft, 2006). For eldre mennesker vil sykepleierne være en viktig person i deres hverdag, og derfor vil sykepleierne ha et stort potensiale til å bidra til positiv utvikling og et verdig liv hos dem.

Å motta informasjon fra brukerne ved blant annet intervju og samtale er effektivt i danningen av et helhetsbilde. Like viktig er det å meddele brukeren relevant informasjon om rettigheter, planlegging og tiltak. Kunnskap om sansetap og konsekvenser av sansetap er sentralt i denne sammenhengen, når vi vet hvor stort behovet er. Sansetap krever mye konsentrasjon og tar mye krefter (Pihl, 2008). For å kunne møte gruppen med sansetap på en best mulig måte er det flere faktorer som er avgjørende.

Når tegn og symptomer gir mistanke til at sansesvikt bunner i et medisinsk problem, bør sykepleier søke bistand og sørge for at eldre brukere får henvisning til andre med kompetanse og myndighet til å ta beslutninger om videre avgjørelser (Grue, 2011). Dette krever naturlig nok at sykepleierne har oversikt over hvem som har kompetanse på feltet. Å motivere, legge til rette for og eventuelt følge til undersøkelse, kan også være en helsetjenesteoppgave når pårørende mangler. En studie viste at 58 % ikke møtte til avtalt time hos øre-nese-halslege hvorav 47 % begrunnet sitt forfall med tretthet, at de ikke syntes det var behov for undersøkelse eller hadde ingen til å følge dem (Grue, Kirkevold, Mowinchel & Ranhoff, 2009).

For at man skal kunne vurdere behov til den enkelte er det nødvendig å ha en systematisk og målrettet kartlegging. Dermed må sykepleiere som da ofte møter eldre brukere ha kunnskap om hva som må kartlegges, og hva slags informasjon som er relevant. Kartlegging av behov er særlig vesentlig for nye brukere, men bør også være en del av den daglige oppfølgingen (Fjørtoft, 2006). I følge helsepersonelloven (1999) sies det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig. Grue (2011) skriver at forsvarlighet er knyttet til hva en kan regne med sykepleieren har lært i utdanningen, og det hun må kunne for å arbeide med den brukerkategorien hun har omsorg for. Videre sier hun at man dermed kan forvente at sykepleiere som arbeider med eldre mennesker kan kartlegge nedsatt hørsel og hvordan svikten virker inn på funksjonen og deres opplevelse av den. Sykepleieren kan vurdere nedsatt hørsel ved hjelp av observasjon og tester (Pihl, 2008). Spørsmål som, har du problemer med hørselen, hvordan hører du best eller har du høreapparat er enkle, men egnede screeningsspørsmål (Grue, 2011). Den enkelte

sykepleiers og andre kollegaers observasjoner er viktige. Observasjon er også en enkel metode å bruke for å vurdere hørselen på (Pihl, 2008). Observere om personen hører når flere deltar i samtalen eller med bakgrunnsstøy. Ellers kan den enkeltes manglende interesse for det som foregår på TV eller radio, eller at de ikke hører telefonen eller dørklokken være faktorer som kan tyde på svikt. Hvis personen ikke oppfatter det som blir sagt, og ikke har høreapparat, kan det være nødvendig med bistand for å skaffe vedkommende time for nærmere undersøkelse hos spesialist. Hvis brukeren har høreapparat, men ikke bruker det, er det viktig å finne ut hvorfor og eventuell finne en strategi som kan motivere til tilvenning og bruk (Pihl, 2008). Kommunens kartleggingsverktøy individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, inneholder vurdering av blant annet hørsel. Følgelig er det et krav om å dokumentere sansefunksjonen i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014).

Tid er en rammefaktor som oftest blir trukket fram som en styrende faktor for helsetjenestene. Hjemmesykepleien arbeider etter stramme tidsskjemaer, og effektiviteten blir målt i antall brukere. Brukerne får enkeltvedtak, hvor det står anslått tid sykepleierne får til å imøtekomme brukerens behov (Fjørtoft, 2006). Hverdagen i hjemmesykepleien er ofte hektisk, det er mye å gjøre, og kravene er mange. Sykepleiere møter mange ulike mennesker og deres livssituasjoner. De skal holde anslått tide og rekke alle besøkene sine, samtidig som de skal være til stede for den enkelte bruker og dens behov (Fjørtoft, 2006). Ofte er tiden sykepleiere har til rådighet altfor knapp til å imøtekomme brukerens behov. Fleksibel tid er en avgjørende faktor for å kunne sørge for god omsorg som er tilpasset den enkelte bruker. Verdien av tid kommer tydeligst til uttrykk i møte med brukeren (Fjørtoft, 2006). Den gode samtalen og omsorgen tar tid. Tidspress er et problem som både brukeren og personalet kan oppleve som vanskelig. Men tidspresset er reelt, og evne til å prioritere og til å rasjonalisere med tiden er nødvendig (Fermann og Næss, 2008).

2.3 Helsefremmende arbeid

Temaet helse og ressurser behandles i det følgende. Det sees på hvordan ressurser både hos helsepersonell og hos eldre brukere kan gjennom et salutogenetisk perspektiv åpne dører og lede eldre med hørselstap ut av sine sekundærplager. Det redegjøres for hvordan forebyggende arbeid kan fremme helse. Deretter sees Antonovskys begrep om opplevelse av sammenheng (sense of coherence) i tilknytning til eldre med hørselstap.

2.3.1 Å forebygge sykdom – å fremme helse

Sykdomsforebyggende arbeid er konsentrert om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død, mens det helsefremmende arbeidet dreier seg primært om å *styrke helsen* blant mennesker. Å styrke helsen vektlegger altså først og fremst positive ressurser individet har i seg selv og i sine omgivelser, slik at individet skal kunne mestre, og oppleve bedre livskvalitet og trivsel (Espen & Smedslund, 2009). Logisk nok må den også inkludere innsatser for å motvirke at helsen svekkes. På samme måte kan sykdommer forebygges ved at man styrker beskyttelsesfaktorer mot sykdom, skade og død (Espen & Smedslund, 2009).

Dermed blir det i praksis ikke noe skarpt skille mellom sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid når det gjelder mål og innsatsområder. Derimot er det klarere forskjeller i ideologien, arbeidsmåter og valg av virkemidler (Mæland, 2005).

I dette perspektivet blir helse en ressurs som kan bygges opp eller brytes ned gjennom livsløpet (Mæland, 2005). Helse som en ressurs som beror i noen grad på medfødte egenskaper, men mest på hvilke omstendigheter individet lever sitt liv under. Vi blir gjennom hele livsløpet påvirket av helsefremmende og helsesvekkende forhold i miljøet og samfunnet rundt oss. Slike forhold synes å ha en generell effekt på mange typer sykdommer og den påvirker også ofte livskvaliteten. For å lykkes med helsefremmede arbeid, må helse skapes og utvikles der mennesker bor, arbeider og lærer (Mæland, 2005). Hjort (1982) definerer helse som å ha overskudd til å møte hverdagens krav. Helse beskrives her som evnen til å fungere og mestre, og er således en ressurs som gir styrke til å håndtere de påkjenninger som man blir utsatt for gjennom livet.

2.3.2 Salutogenese og opplevelse av sammenheng

Det ressursorienterte synet på helse deles med Antonovsky og hans teori om salutogenese. Begrepet salutogenese består av det latinske ordet «salus» og betyr helse eller sunnhet, og det greske begrepet «genesis» som betyr opprinnelse. Et salutogenetisk perspektiv fokuserer på helsens opprinnelse (Johannessen, Kokkersvold og Vedeler, 2010). Antonovsky retter sitt fokus mot hva det er som holder oss friske, og faktorer som påvirker prosessen mot de positive helsepolene, framfor hva det er som gjør oss syke og bevegelige mot de negative helsepolene på et kontinuum (Antonovsky, 2000). Det salutogenetiske synet betrakter sunnhet som et dynamisk spenningsfelt med vekselvirkninger mellom fysiske, psykiske og sosiale

omstendigheter samt utviklingsbetingelser i det menneskelige livsløp (Johannessen et, al 2010).

Kjernen i det salutogenetiske synet på helse er i følge Antonovsky (2012) individets *opplevelse av sammenheng* (OAS) mellom indre motstandsressurser og omgivelsens krav. Å bli utsatt for krav eller stressfaktorer skaper en spenningstilstand. I hvilken grad individet opplever å ha motstandsressurser til å håndtere denne spenningstilstanden vil avgjøre hvorvidt individet opplever situasjonen som mestrende, nøytral eller maktløs (Antonovsky, 2012). En opplevelse av maktløshet utgjør en risikofaktor for sykdom, mens mestring øker motstand mot sykdom. I følge Antonovsky (2000) innehar alle generaliserte motstandsressurser som virker mer eller mindre sunnhetsfremmende. Videre sier han at motstandsressursene vil være et individuelt potensial som jeg- styrke og sosial og kulturell integrasjon. Dette potensialet er basert på individets egne livsopplevelser og opplevelsen av sosial støtte fra omgivelsene. Individets opplevelse og tiltro til egne motstandsressurser som handlingsbegrep påvirker OAS, og opplevelse av mestring knyttet til ytre krav. Opplevelse av å ha motstandsressurser vil variere, og vil påvirke individet både tanke-, følelses- og atferdsmessig, og vil predikerer om personen har en sterk eller svak OAS (Antonovsky, 2000). OAS er en beskrivelse av hvordan individet føler at sine motstandsressurser er tilstrekkelige i møte med omgivelsenes krav. Antonovsky definerer OAS slik:

Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker den utstrekning i hvilken man har gjennomgående, vedvarende, men også dynamisk følelse av tillitt til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s. 41)

Selve begrepet OAS beskriver en helhetsopplevelse som er kausalt forbundet med helsetilstand. En opplevelse av sammenheng gir mening til helheten. Men spørsmålet er hvorfor noen takler indre og ytre stressfaktorer på en bedre måte enn andre. Antonovsky (2012) mener disse spørsmålene kan besvares av individets OAS, eller med andre ord enkeltes opplevelse av tilværelsen som begripelig (comprehensibility), håndterbar (manageability) og meningsfull (meaningfulness). Disse tre begrepene utgjør kjernekomponentene i den salutogenetiske teori, og er avgjørende for utfallet av en spenningstilstand (Antonovsky, 2012).

I følge Antonovsky (2012) baserer utfallet av ulike spenningstilstander seg i første rekke på hvilken måte individet *begriper* de stimuli hun konfronteres med i det ytre miljøet, og i hvilken grad de oppleves som forståelige. I den grad stimuli er forståelige, oppfattes informasjonen tydelig og sammenhengende, i stedet for kaotisk og usammenhengende. For å kunne *håndtere* indre eller ytre stressorer må individet oppleve å ha ressurser til ens rådighet for å klare kravet en stilles ovenfor. Ressurser kan være de man selv har kontroll over, eller ressurser andre har kontroll over som man har tillitt til (Antonovsky, 2012). Hvis individet opplever å forstå og håndtere problemet vil det sees som *meningsfullt* å engasjere seg i aktiviteten. Antonovsky (2012) mener at så lenge man involveres som deltakere i prosessen som former ens skjebne, så vel som ens daglige erfaringer sees det som meningsfullt. Å føle at man mestrer og håndterer en spenningstilstand er motiverende. Å mestre en spenningstilstand kan ha overføringsverdi med tanke på å mestre lignende aktiviteter, hvor stressfaktorer vil i høyere grad sees på som utfordringer enn trusler mot selvet.

Alle tre komponentene må være til stede for at en person skal se en OAS. Det vil derimot ikke si at alle komponentene er like viktige eller må være like sterke. Antonovsky (2000) mener at den motiverende effekten som ligger i meningsfullhet, er den sentrale i teorien hans. Det hjelper lite å ha både god forståelse og følelsen av høy håndterbarhet i en situasjon, hvis det ikke har noen som helst betydning for en. Det samme gjelder hvis man har en sterk håndterbarhet og mener at man har ressurser til å gjennomføre oppgaven eller løse problemet, men mangler motivasjon. Da vil aktiviteten til slutt bli ubegripelig.

Det å ha en sterk OAS innebærer ikke at man til enhver tid ser hele sin tilværelse som sammenhengende. Antonovsky (2000) hevder at alle mennesker har grenser for hva som må være sammenhengende. Utenfor disse grensene er det ikke nødvendig at ting verken er sammenhengende, håndterbare eller meningsfulle. Eksempelvis er ikke alle nødvendigvis interessert i musikk, matlaging eller politikk. Dette vil da være områder som befinner seg utenfor grensen som ikke trenger å ha mening. Det som har større betydning for ens OAS er noen områder i livet som er betydningsfulle for en, slik som for eksempel deltagelse i en frivillig organisasjon. I følge Antonovsky (2012) er det i tillegg fire områder innenfor livet som man ikke kan sette grenser for. Disse områdene er ens egne følelser, relasjoner til de mennesker som står en nærmest. Ens hovedaktivitet i livet og forholdet man har til eksistensielle spørsmål og fenomener, slik som for eksempel død. Hvis man skal karakterisere

en person med sterk OAS må disse fire områder fremstå for personen som forståelige, håndterbare og meningsfulle.

Antonovsky sin teori har dermed et helhetlig menneskelig perspektiv som rommer det psykiske, somatiske og sosiale aspekt. I salutogen teori er denne spesielle kombinasjonen av kognitive-, atferds- og motivasjonsmessige forhold unike (Johannessen et, al 2010).

Hvordan eldre personer med hørselstap håndterer tapet, vil ha sammenheng med ulike faktorer hos den enkelte og i omgivelsene. Mestring av tapet har også sammenheng med det psykologiske, sosiale og det kognitive hos personen. Opplevelsen av stress vil dermed være en avgjørende faktor for videre håndtering av hørselstapet. Sett i relasjon til eldre menneskers hørselstap ser man nytten og nødvendigheten av forståelse, informasjon, kunnskap og bevisstgjøring. Det gjelder hos den enkelte, hos signifikante nærpersoner og i miljøet personen ferdes i. Eldre med nedsatt hørsel trenger først og fremst kjærlighet, fellesskap, trygghet og respekt fra omgivelsene. Studier har vist hvor viktig et støttende sosialt nettverk er for både fysisk og sosial helse. Berkman & Syme (1979) viste blant annet i sin studie en klar sammenheng mellom omfanget av det sosiale nettverket, og risikoen for å dø av sykdom eller skade. Mennesker med mange nære sosiale kontakter har dernest gjennomgående bedre prognose ved en sykdom. Den viktigste funksjonen for det sosiale nettverket, er antagelig å gi mennesket følelsesmessig kontakt og støtte. Å få bekreftet at andre personer bryr seg om deg, at du kan få trøst og oppmuntring, eller at du har noen å dele sorger med, er avgjørende for din egen evne til å mestre motgang og tap (Mæland, 2005). I den forbindelse vil arbeid med et kommunikasjons- og informasjonshandikap som hørselstap hos eldre medfører, være essensielt.

3 Metode

I dette kapitlet vil det bli redegjort for forskningsdesignet og valg av metodisk tilnærming. Deretter beskrives for forståelsen og forskerrollen, utvalgsprosedyre, utarbeiding av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene. Videre presenteres metoden for analyse og analyseprosessen. Til slutt drøftes begrepene reliabilitet, validitet, overførbarhet og etiske betraktninger knyttet til denne studien.

3.1 Design og valg av metodisk tilnærming

Denne studien er en kvalitativ studie med et utforskende/beskrivende design. Kvalitative studier har ofte et fenomenologisk utgangspunkt (Dalen, 2011). Det man altså ønsker i denne type forskning er å studere verden slik mennesket *opplever* den. Få frem betydningen av menneskers opplevelser og erfaringer, forut for vitenskapelige forklaringer (Dalen, 2011). En ønsker å fremheve prosesser og mening, som ikke kan måles i kvantitet eller frekvenser, det omhandler prosesser som tolkes i lys av den konteksten de inngår i (Kvale & Brinkmann, 2012). Kvalitative studier kan dermed gi mye informasjon om få enheter. Innenfor kvalitativ forskning vil forskerens datagrunnlag foreligge som tekst. Fortolkning av tekst har derfor en sentral plass innenfor kvalitative studier. Innhenting av data kan foregå på ulike måter, blant annet ved observasjon, intervju, kildestudier og dokumentanalyse (Dalen, 2011).

3.1.1 Intervju med hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming

Med utgangspunkt i denne studien hvor det ønskes å innhente hjemmesykepleierens opplevelser i møte med hørselshemmede eldre, vil det være hensiktsmessig å bruke kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskningsmetode innebærer liten grad av formalisering og metoden har primært siktemål om å skape forståelse (Dalen, 2011). Det sentrale blir at en gjennom ulike former for innsamling av data makter å skape en dypere forståelse for det problemkomplekset man studerer, og hvilken totalsammenheng dette står i (Kvale & Brinkmann, 2012). Intervju er valgt som instrument for innsamling av data. Begrunnelsen er at det egner seg godt til å gi informasjon om personers opplevelser, synspunkter og selvforståelse. De som intervjues kan fortelle om hvordan de opplever sin situasjon og hvordan de forstår sine erfaringer (Thagaard, 2009).

I intervjusituasjoner blir kunnskap til mellom intervjuerens og den intervjuedes synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2012). Ved intervju har man direkte kontakt med informanten, og man kan dermed nyttiggjøre seg den tilleggsinformasjonen som kan observeres, slik som øyekontakt og kroppsspråk. Et kvalitativt forskningsintervju kan ha ulik grad av strukturering (Dalen, 2011). I denne studien ble det valgt et halvstrukturert intervju. Ved å velge denne typen kunne flere ulike aspekter ved informantenes opplevelser i møte med eldre hørselshemmede komme frem. Samt at intervjuguiden ikke nødvendigvis trengte å bli fulgt opp slik den ble satt opp i utgangspunktet. Dette gir igjen mulighet til å følge opp interessante momenter informantene kommer med, samtidig som man har kontroll, slik at vesentlige spørsmål ikke blir utelatt.

I følge Dalen (2011) hører de kvalitative metodene hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, som handler om tolkning og meninger i menneskelige uttrykk. Dalen (2011) sier at *hermeneutikken* bidrar til forståelse om forståelse i vitenskapsteori, og betyr «læren om tolking». Det vil si fortolkning av meningsbærende elementer. I denne studiens sammenheng, vil meningsbærende elementer primært være tekstene. Det vil si de transkriberte intervjuene som behandles. Handlinger som for eksempel tonefall, latter, følelsesuttrykk og lignende som kommer frem under selve intervjuet kan også prege fortolkningen. Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå en gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Kvale & Brinkmann, 2012). Denne tilnærmingen danner et vitenskapsteoretisk fundament for den kvalitative forskningens sterke vekt på forståelse og fortolkning (Dalen, 2011). Et sentralt begrep innen hermeneutikken er den *hermeneutiske sirkel*. Sirkelen illustrerer viktige trekk ved forståelsen som *prosess*. For å få tak i en dypere mening må budskapet settes inn i en sammenheng eller en helhet. Det enkelte budskapet forstås i lys av en helhet. Denne vekselvirkningen mellom helhet og del for å oppnå dypere forståelse beskrives som den hermeneutiske sirkel (Dalen, 2011). I denne studien har det stadig vært et samspill mellom helhet og del, forsker og tekst, og forskerens forforståelse.

Med tanke på kvalitativ forskning er *fenomenologi* mer bestemt, et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelsen at den virkelige virkelighet er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2012).

Nettopp fordi fenomenologien åpner for forskning hvor den daglige opplevde erfaring og dagligspråket står i sentrum, argumenterer Martinsen (1996) for fenomenologien som en

viktig tilnærming til sykepleierforskningen. Fenomenologien gir grunnlag for hva hun kaller *kjærlig forskning*. Det innebærer en tilnærming som vektlegger sykepleierens opplevelse av sin situasjon, hvor forskeren engasjerer seg ved å være trofast mot sykepleierens ståsted, og inntar en kritisk holdning til etablerte ideologier. Den fenomenologisk orienterte forskeren kan sette ord på sykepleierens erfaringer i møte med brukere, ved å leve seg inn i deres situasjon og ved å bruke et språk som formidler konkrete erfaringer. Forskningen kan dermed bidra til at kunnskap som er basert på sykepleiernes erfaringer, blir mer synlig og eksplisitt (Martinsen, 1996).

Ut fra målsettingen om å oppnå forståelse for de fenomener som studeres, har fortolkning som tidligere nevnt en sentral plass innenfor kvalitative metoder. Kvalitative tilnærminger kan derfor knyttes blant annet til fortolkende teorier som fenomenologi og hermeneutikk. I denne studien står informantenes *opplevelser* sentralt. Det har derfor vært naturlig og hensiktsmessig å velge forskningsmetodisk tilnærming med fenomenologisk og hermeneutisk forståelsesramme. En slik tilnærming synes relevant i forsøket på å forstå, beskrive, tolke og analysere informantenes opplevelser i tilknytning til deres møte med eldre hørselshemmede.

3.1.2 Forforståelse og forskerrollen

Dalen (2011) hevder at all forståelse er bestemt av en forforståelse eller en forståelseshorisont. Vi vil som forskere alltid møte våre informanter og det innsamlede materialet med en forforståelse. Dette omfatter meninger og oppfatninger vi på forhånd har med tanke på det fenomenet som studeres. Forståelse er avhengig av visse fordommer, som Gadamer (2010) er berømt for å ha sagt. Han ser også forforståelsen som viktig for utvikling av forståelse og senere tolkning.

Studier med utgangspunkt i en bevisst forforståelse fører vanligvis verken til en subjektiv tolkningsrelativitet, eller en absolutt objektiv kunnskap (Dalen, 2011). En betydning av objektivitet blir følgelig at studiet gir objektet anledning til å uttale seg. Da skal en som intervjuer være bevisst på sine egne verdier og holdninger, samtidig som en etter beste evne melder seg inn i studiens problemstilling og forskningsspørsmål.

Bevissthet om sin forskerrolle vil være sentral i kvalitative studier med intervju som instrument for innhenting av data. Forskeren som intervjuer vil være det primære verktøyet for innhenting av data. Det å intervjuer avhenger av intervjuerens praktiske ferdigheter og

personlige vurderinger (Lassen, 2009). Et kvalitativt halvstrukturert intervju følger ikke eksplisitte trinn i en regelstyrt metode, noe som kan være en utfordring i kvalitative studier. Når innsamlingen av data medfører en direkte kontakt mellom forsker og informant, som det gjør i denne studien, er relasjonene som etableres, avgjørende for kvaliteten på materialet. Den nære kontakten man som forsker etablerer med informanten, medfører en trygg relasjon mellom forskeren og informanten. Dette er viktig for at informanten skal kunne åpne seg for forskere og gi sine opplevelser og erfaringer slik informanten opplever dem. Jobben til forskeren er dermed å opparbeide seg teoretisk kunnskap og praktiske erfaringer, i tilknytning til kvalitative forskningsintervju. Samtidig må man som forsker være bevisste på for forståelsen sin gjennom hele forskningsprosessen. Viktige områder i en slik samtale vil blant annet være det Johannessen et, al (2010) betegner som forberedelser, begynnelse, fortolkninger (analyse), og avslutning. Begynnelsen på og avslutningen av en samtale kalles kritiske faser og kan være med å prege resten av samtalen (Lassen, 2009). Kommunikasjonsferdigheter, lytteferdigheter og å ha en genuin interesse for det informantene forteller, vil være sentralt for å få rikest mulig informasjon (Lassen, 2009).

3.2 Utvalg og rekruttering

Hensikten med en kvalitativ studie er å oppdage mening og avdekke sammensatte virkeligheter, mer enn generalisering, men likevel bør sammensetningen av utvalg sees i tilknytning til muligheter for generalisering av resultater. Schoefield (1990) har særlig vært opptatt av dette og mener forskeren må tenke bevisst på hvilke utvalg resultatene fra en studie er basert på, og hvilke situasjoner de kan overføres til. Det er derfor hensiktsmessig å velge utvalg med høyt potensial for rik informasjon (Kvale & Brinkmann, 2012). Dette studiet etterspurte deltakere som hadde opplevelser i møte med eldre hørselshemmede i hjemmetjenesten, og er basert på det Thagaard (2009) kaller *strategisk utvalg*. Med det menes at informantene velges etter de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske med tanke på studiens problemstilling og teoretiske perspektiver (Thagaard, 2009). *Inklusjonskriteriene* i studien var at informantene hadde arbeidserfaring fra hjemmesykepleien og at de hadde møtt eldre med nedsatt hørsel. I tillegg til et strategisk utvalg ble det brukt det Thagaard (2009) kaller *tilgjengelighetsutvalg*, med en metode som betegnes som *snøballmetoden*, dette vil bli utdypet ved redegjørelsen av rekrutteringsprosessen som presenteres under.

Som en mindre erfaren forsker og for å kunne få et egnet utvalg som kan belyse problemstillingen i studien, begynte jeg tidlig i prosessen å «spane» feltet (Dalen, 2011). Jeg brukte en periode hvor jeg oppsøkte personer som hadde interesse og erfaring både innenfor feltet eldre med nedsatt hørsel og personer som hadde erfaring med arbeid i hjemmesykepleien. Ved siden av opparbeidet jeg meg kunnskap ved å søke i relevant litteratur som kunne gi meg bedre oversikt over feltene.

Med tanke på at hjemmesykepleiere er de som er i hyppigst kontakt med eldre hørselshemmede og har en grunnutdanning i sykepleie bak seg, som vil være med på å gi dem mer teoretisk kunnskap. Var det etter mitt syn de som kunne gi rikest informasjon i lys av studien hensikt og formål.

Når forskeren skal velge antall informanter til sin forskning beskriver Dalen (2011) at det ikke bør være for stort. Dette begrunnes med at både gjennomføringen av intervjuene og bearbeidingen av dem er en tidkrevende prosess. Samtidig må intervjumaterialet en sitter igjen med være av en slik kvalitet at det gir tilstrekkelig grunnlag for tolkning og analyse. Etter andres erfaringer og samtale med veiledere ble utgangspunktet for denne studien å intervju mellom fem og åtte informanter. Vi anså dette antallet for å være nok for å innhente informasjonen studien ønsket. Det ville også være overkommelig å tolke og analysere materialet senere på bakgrunn av tidsrammene som er gitt for gjennomføringen av studien.

Dette forskningsprosjektet er godkjent av norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD, se vedlegg 1). Denne godkjenningen må være på plass før forskeren kan starte rekrutteringsprosessen. I første omgang ble det sendt et fyldig informasjonsskriv til flere bydeler i Oslo. Hvor prosjektet og ønsket om å innhente informanter som passet til kriteriene i studien ble presentert. Studiens biveileder var også behjelpelig med å nå sine kontakter innenfor feltet som eventuelt kunne være det Dalen (2011) kaller «*portåpnere*».

Rekrutteringsprosessen ble ikke som forventet, og alternative løsninger ble brukt for å trekke et hensiktsmessig utvalg. I tillegg til utgangspunktet som var *et strategisk utvalg*, ble det Thagaard (2009) kaller *tilgjengelighetsutvalg* også benyttet. Metoden innenfor dette utvalget betegnes som *snøballmetoden*. Via en bekjent, kom jeg i kontakt med en sykepleier som sa seg villig til å være behjelpelig med å rekruttere informanter som passet studiens kriterier. Første informant var behjelpelig med å finne neste og andre informant var behjelpelig med neste. På denne måten ble studiens utvalg bestående av seks hjemmesykepleiere. Thagaard (2009) nevner problemer ved denne metoden som går ut på at utvalget kan komme til å bestå

av personer innenfor samme nettverk eller miljø. Denne studiens seks informanter er fordelt på tre forskjellige bydeler i Oslo, hvor ikke alle kjente hverandre. At studiens utvalg består av informanter fra tre forskjellige bydeler gjør at forskningen kan få frem en større bredde i opplevelser fra ansatte i hjemmesykepleien, da dette er en kommunal tjeneste som kan arbeide ulikt fra bydel til bydel (Fjørtoft, 2006).

Thagaard (2009) beskriver også problemer som kan oppstå med tanke på utvalg som er basert på at informantene er tilgjengelige for forskeren, slik studiens informanter er. Problemer i denne sammenhengen er knyttet til at slike utvalg vil representere personer som kan være fortrolige med forskning, eller i hvert fall ikke har noe imot at deres livssituasjoner blir studert. Et annet problem kan være at de som er villige til å delta i undersøkelsen, kan føle at de i større grad enn det som er vanlig, mestrer sin livssituasjon, og at de derfor ikke har noe imot innsyn fra forskeren. utfordringer med hensyn til slike utvalg er å vurdere hvilken betydning denne typen «skjevhet» kan ha. I denne studiens utvalg kan det tenke seg at kontaktpersonen og hver enkelt informant som var behjelpelig med å innhente andre aktuelle informanter, spurte personer som vedkommende visste hadde større sannsynlighet for å si seg villig til å delta. Dette kan medføre at viktig informasjon som personer som ikke er villige til å delta kan komme med. For eksempel mer problematiske sider ved det fenomenet som studeres.

3.3 Intervjuguide og pilotundersøkelse

En intervjuguide omfatter sentrale temaer og spørsmål som til sammen skal dekke de viktigste områdene studien skal belyse (Dalen, 2014). Denne studiens mål er å belyse ulike aspekter knyttet til sykepleiers møte med eldre hørselshemmede. For å hele tiden ha en oversikt over studiets fokus hadde jeg min arbeidstittel og problemstilling liggende foran meg når jeg utarbeidet de ulike temaene og spørsmålene i guiden, parallelt leste jeg litteratur som var relevant for å ha kunnskap om tematikken selv.

Det har vært et mål i seg selv at informanten skal bruke sine egne ord og beskrivelser i formidlingen og i minst mulig grad påvirkes gjennom ledende spørsmål. Det ble dermed arbeidet dermed med å gjøre spørsmålene mest mulig nøytrale. Målet er å stille spørsmål på en slik måte at informantene åpner seg og forteller med egne ord om sine opplevelser (Dalen, 2011). Måten man stiller spørsmål på skal virke utløsende på informantens fortelling.

Intervjuguiden (se vedlegg 4) ble startet med spørsmål som var mer overordnende og åpne, som for eksempel at de skulle beskrive hvordan en vanlig arbeidsdag for dem var. Dette ble gjort bevisst for å gjøre dem tryggere i situasjonen og for at de senere kunne åpne seg mer i sine uttalelser. Etter slike overordnende og åpne spørsmål, ble det satt fokusert mer mot de sentrale temaene som var spesifisert mot deres opplevelser av eldre brukere med nedsatt hørsel. Avslutningsvis ble det igjen stilt mer generelle spørsmål om arbeidssituasjonen deres og om de ønsket å fortelle noe utover det som det var blitt spurt om.

Spørsmålene i intervjuguiden var et forsøk på å få frem sykepleierens opplevelser i møte med eldre hørselshemmede brukere. Målet var å belyse opplevelsen av kunnskapen deres om nedsatt hørsel hos eldre og eventuelle utfordringer de hadde opplevd å møte. Under hovedspørsmålene ble det også utarbeidet oppfølgings spørsmål som kunne brukes som veiledning etter hvert som informantene svarte på spørsmålene. Noen av disse spørsmålene var mer ledende enn hovedspørsmålene. Det ble gjort slik for å kunne få klarhet i, og utdype enkelte forhold. Dette for å sikre at man oppfattet informantenes utsagn. Kvale og Brinkmann, (2012) har blant annet påpekt nødvendigheten av å stille ledende spørsmål i denne type intervju, og sier at ledende spørsmål kan brukes for å innhente informasjon dersom intervjuer mistenker at informasjon eksempelvis holdes tilbake.

Utarbeidelsen av intervjuguiden var en krevende prosess, der jeg hele tiden gjennom utarbeiding av spørsmål, opparbeidet meg bedre kompetanse på hva som var gode spørsmål. Jeg fikk både veiledere og bekjente til å lese gjennom spørsmålene. Deres meninger og synspunkt gjorde at jeg utarbeidet og endret spørsmålene til jeg var fornøyd og kunne gå videre.

I en kvalitativ intervjustudie er det alltid lurt å foreta ett eller flere prøveintervjuer (Dalen, 2011). Dette for å teste ut intervjuguide og se om man får frem det man ønsker. Man får også testet ut opptaksutstyr og føle hvordan man selv er som intervjuer. Kvale og Brinkmann (2012) understreker dette ved å si at man bare blir er bedre intervjuer ved erfaring.

Intervjuguiden ble testet på et par jeg kom i kontakt med via bekjente. Disse personene passet også til utvalgsriteriene til studien. I følge Kvale og Brinkmann (2012) er det hensiktsmessig å velge testpersoner som er mest mulig like de informantene man senere skal intervjuer. Testpersonene fikk informasjonsskrivet som presenterte studien. Pilotundersøkelsen foregikk i personenes hjem. Disse intervjuene ble utført med opptaksutstyr. Etter prøveintervjuene

hadde jeg en god samtale med testpersonene, om hvordan de følte intervjusituasjonene foregikk, hvordan de følte spørsmålstillingene var og hvordan de oppfattet meg som intervjuer. Dette var med på å gi meg tanker om hvordan mine informanter kom til å oppfatte spørsmålene mine og hva jeg eventuelt burde endre på. Det var også med på å bevisstgjøre meg selv som intervjuer og min rolle. Gjennomføringen av prøveintervjuene var en lærerik prosess hvor jeg opplevde å bli tryggere på intervjusituasjonen, samtidig som jeg ble bedre kjent med intervjuguiden, og endret intervjuguiden etter den informasjonen jeg fikk av testpersonene.

3.4 Gjennomføring av intervjuene

Samtlige informanter fikk tilsendt informasjonsskriv og skrev under samtykkeerklæring (se vedlegg 2 og 3). Informantene bestemte selv hvor de skulle intervjues. Det ble lagt vekt på fleksibilitet, både i henhold til tid og sted. Dette resulterte i at tre av intervjuene ble gjennomført ved informantenes arbeidsplass, mens de resterende tre intervjuene ble foretatt på to forskjellige cafeer som var veldig rolige uten for mye distraksjonsfaktorer.

Informantene var kjent med bruk av opptaksutstyr før de møtte opp til intervjuet, og samtlige syntes at dette var greit. Grunnen til valget av å bruke opptaksutstyr var for det første at det skaper en bedre dialog med informantene, ved at man slipper å notere alt som blir sagt. For det andre mister man heller ikke verdifull data, og for det tredje gjorde opptakene det også mulig å høre og gjenoppleve intervjusituasjonen ved senere tolkning og analyse av resultatene.

Før intervjuet startet ble det gitt kort informasjon om hvem jeg var, hvorfor jeg var der, hva jeg ønsket med intervjuet og hvordan jeg så for meg at sluttresultatet skulle bli. Etter hvert som intervjuene forløp, fikk jeg bedre trening i å stille spørsmål uavhengig av guiden. Dette resulterte i at jeg kunne konsentrere meg mer om å være en aktiv lytter og vise en genuin interesse for det informanten fortalte. Ifølge Dalen (2011) handler det om å vise anerkjennelse overfor den personen som intervjues, både ved måten det spørres og lyttes på. En slik interesse viste jeg ved å hele tiden bekrefte at jeg fulgte med ved å nikke og komme med verbale kommentarer. Jeg ga også informantene tid til å fortelle og tenke før jeg gikk videre. Noen av informantene var lettere å ha en samtale med enn andre, fordi noen var mer sjenerte og påvirket av intervjusituasjonen. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål og så i intervjusituasjonen

hva jeg ønsket mer dybde i. Intervjuenes lengde varierte fra ca. femten minutter til ca. tjuefem minutter og intervjuene ble gjennomført i løpet av en tre ukers periode. Etter intervjuet tok jeg meg også tid til eventuelle spørsmål og samtale rundt tematikken som så ut til å interessere samtlige informanter.

Transkribering er prosessen der intervjuene overføres fra muntlig tale til skriftlig tekst med den hensikt å klargjøre materialet for analysen (Kvale & Brinkmann, 2012). Når muntlig samtale skal gjøres om til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining av hendelsen, også ved detaljert gjengivelse ord for ord (Malterud, 2011). Intervjuene mine transkriberte jeg tilnærmet ordrett, og tok med intonasjoner, latter og lignende hvor jeg mente det var hensiktsmessig. Fordi formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informantene hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2011). I følge Kvale & Brinkmann (2012) vil det å transkribere intervjuene selv gi forskeren mulighet til å lære mye om sin intervjustil og forskeren gjenopplever erfaringer fra intervjusituasjonen og gjør seg kjent med materialet fra en ny side. Dermed ga dette meg rom for andre ettertanker og slutninger, og utgjør i virkeligheten et utgangspunkt for de spørsmålene jeg stiller systematisk i analysefasen. Transkriberingen ble gjort fortløpende rett etter hvert intervju var utført og på samme dag slik at det lå ferskest mulig i minnet. Både den gjentatte avspillingen av båndene og gjennomgåingen av det transkriberte materialet i etterkant, bidro til at jeg kom nærmere informantenes stemmer og deres resonnement kom tydelig fram.

3.5 Analysemetode og analyseprosess

Målet for analysen er at den skal bygge en bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Det finnes mange veier til målet, men felles for dem er at leseren har krav på å kunne følge veien som er fulgt av forskeren (Malterud, 2011). For å kunne organisere og systematisk gå gjennom materialet trinn for trinn uten å miste taket på den prosessen som det skal redegjøres for, har jeg latt meg inspirere av Malteruds (2011) *systematiske tekstkondensering*. Denne analysen er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (2011). Metoden har også mange likhetstrekk med metodeprosedyren «Grounded Theory», og er i følge Malterud (2011) godt egnet for analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra flere ulike informanter for å utvikle nye beskrivelser. Formålet med denne fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og *livsverden* innen et bestemt felt. Man leter etter *essenser* eller de

vesentlige kjennetegn ved de fenomenene vi studerer, og forsøker å sette vår egen forforståelse i parentes i møtet med data. Dermed er det viktig å ha et reflektert forhold til sin egen innflytelse på materialet, slik at man på best mulig måte lojalt kan gjenfortelle informantenes erfaringer og meningsinnhold, uten å legge våre egne tolkninger som fasit. Strukturen i Malteruds (2011) systematiske tekstkondensering er delt inn i fire trinn. De samme trinnene som utgjør Giorgis prosedyre. Under vil jeg kort gjøre rede for hvert av de fire ulike trinnene. Under hver enkelt redegjørelse vil jeg beskrive hvordan analyseprosessen har foregått i eget studie. De fire trinnene går under begrepene helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, abstrahere og sammenfatte.

Første trinn består av å få et *helhetsinntrykk* av materialet som man har samlet inn. Dette vil være det materialet man får etter å ha transkribert lydopptakene. Disse sidene skal leses gjennom og danne et helhetsbilde. I følge Malterud (2011) skal man på dette trinnet i samsvar med det fenomenologiske perspektivet, arbeide aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes. Grunnen til dette er fordi vi skal etterstrebe og kunne være mest mulig åpne for inntrykk som materialet kan formidle. Videre sier Malterud (2011) at vi gjerne kan gjøre notater under lesingen, men underveis i lesingen skal vi aktivt motstå all trang til å systematisere. Det er først når vi har lest gjennom alt og dannet oss et helhetsinntrykk at vi kan begynne å spørre oss selv hvilke foreløpige temaer vi kan skimte i teksten. Disse temaene man kommer frem til, vil ikke være resultater eller kategorier. Fordi temaene ikke er utviklet som følge av systematisk refleksjon, men representerer et første intuitivt sted i organiseringen av materialet. I eget studie ble de første inntrykkene av informantenes uttalelser skapt i selve intervju situasjonen, samt i samarbeid med transkriberingen underveis. Intervjuutskriftene ble gjennomlest flere ganger for å få et helhetsbilde. Underveis i lesingen markerte jeg tekstbiter som umiddelbart fanget oppmerksomheten min og skrev stikkord i margin uten noen form for systematisering. Spørsmålet «hva er det informantene forteller meg som representerer deres møte med eldre hørselshemmede?» hadde jeg i bakhodet i gjennomlesingen for å kunne danne meg et inntrykk av helheten og ikke iøynefallende detaljer. Det var viktig for meg å prøve å legge vekk det jeg trodde representerte deres møte med eldre, altså min forforståelse. Selv om forforståelsen alltid til en viss grad vil farge hvordan man oppfatter ting. Etter å ha lest gjennom alle utskriftene, begynte jeg å tenke på temaer som kunne trekkes ut av helhetsinntrykket jeg hadde fått, uten å tenke på hovedtemaene jeg hadde i intervjuguiden. Dette igjen for å etterstrebe at forforståelsen farget temaene minst mulig. Dette var temaer

som jeg flere ganger måtte reflektere over og lese gjennom utskriftene for å se om det var dette som utpekte seg ut ifra informantenes perspektiv. Deretter gikk jeg videre til andre trinn i analyseprosessen.

Andre trinn består av å identifisere *meningsbærende enheter*. I dette trinnet skal den del av materialet som skal studeres, videre organiseres. Med andre ord skal man skille relevant tekst fra irrelevant, og begynne å sortere den delen av teksten som kan tenkes å belyse vår problemstilling. Malterud (2011) skriver at vi da velger ut tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn. Når vi identifiserer meningsbærende enheter, har vi de foreløpige temaene fra forrige trinn i bakhodet. Ifølge Malterud (2011) representerer disse temaene våre interims idéer, altså våre midlertidige ideer om ulike sider av problemstillingen. Samtidig som vi merker de meningsbærende enhetene i teksten, begynner vi å systematisere dem. Dette kalles *koding* (Malterud, 2011). Kodingen innebærer en systematisk *dekontekstualisering*, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektete tekstelementer og den teoretiske referanserammen vår. Vi vil trolig se nødvendigheten av å raffinere den intuitive klassifikasjonen som temaene representerer, når vi er i gang med det konkrete arbeidet. Kanskje vil man se at ett tema i virkeligheten representerer to eller flere atskilte egenskaper, eller kanskje to eller flere temaer viser seg å omhandle ulike sider av noe som egentlig er samme sak. Eller at kanskje et helt nytt tema begynner å tegne seg. Videre beskriver Malterud (2011) at i dette stadiet av analysen skal vi begynne å overveie hvorvidt kodene representerer fenomener av noenlunde samme klasse. Vi skal utvikle et reflektert forhold til våre koder. Altså kan vi her ta en titt på forforståelsen og vår teoretiske referanseramme, som kan hjelpe oss til å frasortere et tema som i virkeligheten er et fremmedelement og skiller seg fra de andre. Etter å ha laget meg disse overordnede temaene i forrige trinn. Begynte jeg med å lage en matrise hvor jeg puttet inn de foreløpige temaene fra første trinn loddrett og hver enkelt informant vandret i matrisen. Deretter gikk jeg systematisk gjennom hver enkelt utskrift for å sortere ut det som kunne si noe om de foreløpige temaene. Tekstbitene, altså de meningsbærende enhetene, hadde sammenheng med de temaene fra forrige trinn, slik gikk jeg frem for å skille relevant tekst fra irrelevant tekst som kunne tenkes å belyse problemstillingen min. Disse delene av teksten kodet jeg deretter systematisk etter hvilken sammenheng de hadde med temaene fra trinn en. Underveis i denne kodefase måtte jeg igjen flere ganger justere de opprinnelige temaene fordi jeg så at flere av temaene representerte forskjellige ting og nye temaer la jeg også til. Noen av temaene var også for vide

og generelle. Her ble det mye fleksibelt arbeid frem og tilbake i materialet for å utarbeide gode koder. Jeg valgte å gjennomføre denne kodningsprosessen fysisk og materielt, ved å markere tekstbiter med farge og klippe dem ut av råmaterialet. Dette fordi jeg anså mitt materiale som overkommelig å jobbe på denne måten og det ga meg mer oversikt og innsikt i eget materiale. Jeg reflekterte over å bruke dataprogrammet Nvivo, men anså det for tidkrevende med tanke på tiden jeg har hatt til rådighet og også at materialet var som nevnt overkommelig til å la være. Videre gikk jeg så over til tredje i trinn.

I analysens tredje trinn handler det om å *abstrahere* innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene. Vi skal altså i følge Malterud (2011) identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Vi skal systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Man vil kanskje oppdage at enkelte kodegrupper inneholder få meningsbærende enheter. Da må man vurdere om de hører hjemme under andre koder, eller ved nærmere ettertanke, ikke kan regnes som meningsbærende enheter. I dette trinnet ble målet mitt å systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene fra forrige trinn og indentifisere og klassifisere de. Fra forrige trinn satt jeg igjen med fem koder som jeg lagde en ny matrise til. Disse kodene omfatter ulike nyanser som beskriver forskjellige meningsaspekter. For eksempel under koden «oversikt og samarbeidsrutiner» utarbeidet jeg en subgruppe som jeg kalte «tverrfaglig samarbeid». Disse subgruppene er preget av mitt faglige perspektiv og ståsted. Jeg kondenserte og fortettet innholdet i hver subgruppe ved å utvikle en abstrahert beskrivelse. Denne beskrivelsen inneholdt enheter fra hver informant. Kondenseringen fra subgruppen «tverrfaglig samarbeid» ble for eksempel seende slikt ut:

«Når jeg står der alene, hva skal jeg gjøre, hvem skal jeg ringe? Jeg har ikke kontaktet noen for å få hjelp fordi jeg ikke kjenner til hvem jeg skal kontakte. Vi har jo ergoterapeuten, men det føles ikke naturlig å kontakte henne for å spørre om hjelp angående hørselsproblematikk. Dessuten ser vi henne sjelden, det er mest de som sitter på kontorene som har kontakt med henne. De jeg kunne tenkt meg å kontakte er kollegaer jeg vet kan noe om det».

Analysens siste og fjerde trinn består av å *sammenfatte* bitene igjen. Malterud (2011) kaller dette å *rekontekstualisere*. Vi skal altså sammenfatte det vi har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles

med andre. Mens de foregående trinnene forholder seg til løsrevne tekstbiter, er dette trinnet basert på å vurdere hvorvidt resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen den opprinnelig var hentet ut fra. Med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene fra forrige trinn lagde jeg en analytisk tekst for hver kodegruppe. Denne teksten jeg utarbeidet har til hensikt å formidle hva informantene mine forteller om den utvalgte problemstillingen min. Dette har jeg forsøkt å gjøre på en så lojal måte ovenfor mine informanter. I utarbeidelsen av disse tekstene vurderte jeg gyldigheten av de løsrevne tekstbitene og så dem i sammenheng med hvor de opprinnelig var hentet ut fra. Jeg hadde lagret en originalfil hvor jeg hadde alle utskriftene uten noen form for behandling. Slik at jeg kunne sammenligne og se om det stemte med det flertallet av informantene hadde beskrevet.

Denne metoden er med på å vise hvordan overveielser om relevans, validitet og refleksivitet kan forvaltes gjennom mange utfordringer som reises når kvalitative data skal sammenfattes og fortolkes.

3.6 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Malterud (2011) sier at all vitenskapelig kunnskap kjennetegnes av at forskeren i sin presentasjon viser erkjennelse om designets begrensninger og svakheter, og ikke bare forsvarer sin fremgangsmåte.

Reliabilitet kan knyttes til spørsmålet om en kritisk vurdering av om studien gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte. Med andre ord refererer begrepet *reliabilitet* i utgangspunktet til spørsmål om en annen forsker som anvender de samme metodene, ville komme frem til samme resultat, også kalt repliserbarhet (Thagaard, 2009). Dette kriteriet er lettest å etterprøve i forbindelse med objektive målinger, hvor *reliabilitet* henviser til måleinstrumentets stabilitet (Jacobsen & Jensen, 2012). Noen kvalitative metodologier anser *reliabilitet* som irrelevant, fordi deres forskning gjelder studier, som er enestående og ikke repliserbare (Thagaard, 2009). Men selv om hver enkelt studie i en vis forstand er enestående, blir studien først relevant gjennom en teoretisk refleksjon. I følge Thagaard (2009) må dermed forskeren argumentere for *reliabilitet* ved å redegjøre for hvordan dataene er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen, ved å spesifisere hvilke metoder som er brukt og redegjøre for fremgangsmåter som er anvendt i prosessen. På den måten vil en annen forsker kunne velge de samme eller tilsvarende strategier, og etterprøve

studien. Reliabiliteten i denne studien har jeg forsøkt å styrke ved å gjøre forskningsprosessen transparent Thagaard (2009). Dette er gjort ved konkrete og spesifikke beskrivelser av forskningsstrategier og analysemetoder som er anvendt. Slik at den kritiske leseren kan følge og vurdere forskningsprosessen trinn for trinn, og selv vurdere studiens reliabilitet.

Kvalitative metoder er karakterisert ved en refleksjon over, at informasjonen hentes fra mennesker og tolkes av mennesker. Et fysisk måleinstrument har ingen fordommer, forventninger eller holdninger til de objekter som måles. Men når informasjonen stammer fra mennesker, vil de være preget av deres forventninger, fordommer og holdninger (Jacobsen & Jensen, 2012). Min forforståelse av dette feltet har grunnlag i at det finnes lite kunnskap blant fagfolk som møter eldre hørselshemmede og at gruppen eldre ikke blir prioritert. Selv om jeg har vært bevisst min forforståelse gjennom hele prosessen, og reflektert over den i flere trinn av prosessen, fører det vanligvis verken til en subjektiv tolkningsreliabilitet eller en absolutt objektiv kunnskap (Dalen, 2011). Denne manglende nøytraliteten kan påvirke, hindre eller føre til ensidig tolkning. Min forståelse av dette feltet er imidlertid fortsatt under utvikling og kan betraktes som en hermeneutisk prosess.

Det kan romme fordeler å kontakte og forstå informanter, men det kan også romme utfordringer. Noen metodologier beskriver objektivitet som ideal, mens andre betrakter forskerens subjektive innflytelse på prosessen ikke bare uunngåelig, men også positiv (Jacobsen & Jensen, 2012). Uansett om man betrakter den subjektive innflytelsen som problematisk eller positiv, stiller det kvalitative metoder over for et reliabilitetsproblem.

Selv om denne studiens resultater bygger på en dokumentert empiri. Med andre ord, på et erfaringsgrunnlag som kan etterprøves, vil reliabiliteten blant annet svekkes fordi det innhentede materialet kun er basert på en forsker. Ved å være flere forskere i en forskningsprosess vil man kunne se kritisk på hverandres tolkninger av samme materialet, og forholde seg åpne og spørrende til hverandres arbeid under alle trinn i forskningsprosessen. Likevel har jeg som forsker forsøkt å holde meg så nøytralt som mulig, og sett på forskning og litteratur som kan støtte den informasjonen jeg har innhentet. Studiens metodiske kvalitet er vurdert ved bruk av sjekklistene.

Reliabilitetskriteriet er et viktig, men ikke et enestående kriterium. Jacobsen og Jensen (2012) hevder at hvis det legges for stor vekt på validitet kan forskningen bli trukket i en formalistisk retning. Det kan føre til at man som forsker blir blind over for overraskende resultater og ute

av stand til å anlegge nye fortolkninger. Dermed må ikke den kreative siden av forskningen kveles av den kontrollerende.

Validitet er knyttet til tolkning av data. Altså gyldigheten av de tolkninger forskeren kommer frem til. Vurderinger av om forskningen med henblikk på spørsmålet om resultatene av undersøkelsen representerer den virkeligheten vi har studert (Thagaard, 2009). For å styrke denne studiens validitet har begrepet transparent (Thagaard, 2009) blitt reflektert over under hele prosessen. Siden denne studien var min første forskningsprosess var det viktig å ha klare retningslinjer for hvordan analysen kunne utføres, noe analysemetoden *systematisk tekstkondensering* hadde. I studiens analyseprosessens er det gjort forsøk på å tydeliggjøre grunnlaget for fortolkninger ved å redegjøre for hvordan analysen har foregått som skal kunne begrunne de konklusjonene studien har kommet frem til. Det har også blitt reflektert over alternative perspektiver som kunne gi en relevant forståelse. Veiledere har blitt brukt som diskusjonspartner i forskningsprosessen, og veilederne har også kritisk vurdert prosessen.

I følge Thagaard (2009) er det viktig for studiens validitet at forskeren spesifiser hvordan han/hun kom frem til den forståelsen som prosjektet resulterer i. Dette innebærer å gjøre rede for fremgangsmåter i prosjektet og relasjoner i felten. Forskerens relasjon til informantene ved intervjusituasjonen er beskrevet i kapittel 3.4. Forskerens posisjon i forhold til miljøet som studeres kan knyttes til om forskeren har en posisjon innenfor det miljøet som studeres, eller om forskeren er en utenforstående. I denne studien har min erfaring ved å ha vært student innenfor det hørselsfaglige feltet vært grunnlaget for de fenomenene som studeres. Samtidig har jeg brukt god tid på å studere litteratur, forskning samt vært i kontakt med flere personer som har lang erfaring både innenfor det hørselsfaglige feltet og sykepleierfeltet. Det at jeg som forsker har liten grad av erfaring, men samtidig har bygd meg opp noe erfaring i feltet kan ha sine styrker og svakheter. Fordi erfaringene er med på å gi grunnlag for forståelse av de fenomenene som studeres, samtidig som en for stor tilknytning til miljøet kan føre til at forskeren overser det som er forskjellig fra egne erfaringer. At jeg ikke har mange års erfaring er med på å holde meg mer åpen for nyanser i de situasjonene som studeres.

I studiens drøfting har validitet blitt argumentert ved å sammenligne resultatene fra denne studien med resultater fra andre undersøkelser. Slik at informantenes tolkninger enten kan bekreftes eller avkreftes av andre undersøkelser. Det har blitt argumentert for hvorfor eget studie eventuelt avviker eller ikke fra andre studiers resultater.

I følge Malterud (2011) finnes det ingen fasitsvar eller en absolutt sannhet i kvalitativ forskning. Ut i fra dette perspektivet, anses validitet i kvalitativ forskning som relativ til formål og omstendigheter. Likevel er den presenterte sammenligning og vurdering i studien essensiell i forhold til slik forskning. Den gir den kritiske leser mulighet til å vurdere hvordan mitt ståsted kan ha påvirket tolkningene av resultatene.

Overførbarhet også kalt generaliserbarhet, vil i kvalitativ forskning dreie seg om hvorvidt studiens resultater har gyldighet utover sine omgivelser, og om de kan overføres til en annen setting eller gruppe (Jacobsen & Jensen, 2012). Thagaard (2009) hevder at i kvalitative studier gir fortolkningen grunnlag for overførbarhet, og ikke beskrivelser av mønstre i dataene. En vanlig innvending mot intervjuforskning er at det er for få intervjupersoner til at resultatene kan ha overføringsverdi. Kvale og Brinkmann (2012) hevder at konsekvente krav om at samfunnsvitenskapene skal produsere kunnskap som kan generaliseres, kan innebære en antakelse om at vitenskapelig kunnskap nødvendigvis må være universell og gyldig uansett. Videre hevder han derimot at pragmatiske, konstruksjonistiske og diskursive tilnærminger oppfatter sosial kunnskap som sosialt og historisk kontekstualiserte måter å forstå og handle i verden på (Kvale & Brinkmann, 2012). Med tanke på dette har jeg i denne studien reist spørsmålet, *hvordan* kan man generalisere? Studiens fortolkninger altså, drøftingen (se kapittel 5), innebærer en refleksjon og vurdering av informanternes utsagn i lys av tidligere forskning og relevant teori, dette for å underbygge og tolke flere mulige forklaringer og hva det kan medføre i praksis. Denne fremstillingen vil således kunne danne grunnlag for en form for analytisk generalisering (Kvale & Brinkmann, 2012). Det kan innebære at aktuelle fagpersoner i helse- og omsorgstjenestene bedre kan forstå eldre brukere med nedsatt hørsel og behovene de har. Også andre fagfelt kan dra nytte av dette, som for eksempel høresentralene, hjelpemiddelsentralene og kommunen som er ansvarlig for å dekke behovene eldre med nedsatt hørsel har. Selv om feltet var avgrenset og spesialisert, utvalget lite og homogent, kan det tenkes at fortolkningen har verdifulle momenter andre fagfelt. Det ble også tydelig under intervjuene at det skjedde en forandring av informanternes egen innsikt og selvforståelse av studiens tema. De ga uttrykk for en økt forståelse og økt innsikt i hvordan de erfarte seg selv, hvorfor de opplevde ting som de gjorde og hvor viktig ivaretagelsen av eldre med nedsatt hørsel faktisk var.

I følge Kvale og Brinkmann (2012) vil det være opp til mottakeren av informasjonen som avgjør hvorvidt et resultat kan ha overføringsverdi. Mottakeren må avgjøre dette med bakgrunn i styrker og svakheter ved reliabilitets- og validitetskriteriene som er presentert.

3.7 Etiske betraktninger

Forskningsintervjuet er gjennomsyret av etiske betraktninger, og de etiske betraktningene oppstår spesielt på grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med å utforske menneskers privatliv og legge beskrivelsene ut i det offentlige (Kvale & Brinkmann, 2012). I denne studien er det gjort et forsøk på å ta hensyn til etiske problemer som kan oppstå fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten. I det følgende beskrives etiske problemstillinger som har vært særlig aktuelle i denne studien.

Gjennom feltarbeid gir informantene forskeren innsikt i sine kunnskaper og erfaringer, ofte angående sensitive eller fortrolige fenomener. Samtlige informanter som deltok i denne studien fikk et informasjonsskriv (vedlegg 2), hvor informantene blant annet fikk opplysninger om studien, konfidensialitet og eventuelle konsekvenser studie ville gi. Samtlige skrev også under på samtykke erklæring (vedlegg 3), da deltakelse i studien er basert på frivillighet og informantene kan trekke seg når de selv ønsker under prosessen.

Ved studiens utvalg ble det brukt snøballmetoden (se kapittel 3.2). Thagaard (2009) beskriver noen etiske problemer forbundet med denne utvalgsmetoden. Utvalgsprosessen innebærer at de personer forskeren har kontakt med i utgangspunktet, foreslår andre personer som forskeren kan intervju. Utfordringene her kan sees i tilknytning prinsippet om at alle som deltar i forskningsprosjekt, skal gi sitt informerte samtykke til deltakelse. Når forskerens kontaktpersoner foreslår andre personer, får forskeren informasjon om disse «andre» uten at de har gitt sitt samtykke til dette. Dette kan føre til konflikter mellom de involverte, og de som blir foreslått kan stille spørsmål ved hvorfor nettopp de er blitt valgt (Thagaard, 2009). Denne etiske utfordringen ble i denne studien ivaretatt ved at kontaktpersonen fikk studiens informasjonsskriv (vedlegg 2), og videresendte dette til aktuelle informanter. Etter at de foreslåtte informantene leste informasjonsskrivet, ga de kontaktpersonen sitt samtykke til å kunne videreformidle deres navn til meg. Etter dette etablerte jeg kontakt med informantene.

For å møte kravet som Kvale og Brinkmann (2012) beskriver som *konfidensialitet*, ble datamaterialet ved transkribering avidentifisert ved å bruke koblingsnøkler i stedet for

navnene til informantene. Samtykkeskjema, lydbånd og koblingsnøkler ble oppbevart i et låst skap. Alle resultater er også anonymisert ved at studien kun anvender begrepet «informanten» når det refereres til deres uttalelser.

Også spørsmål om *konsekvensene* forskningen i denne studien ville gi ble overveid.

Informantene ble informert om fordeler og ulemper ved deltakelse, både via informasjonsskrivet og muntlig av forskeren. Risikoen for belastning ble vurdert opp mot hvilken nytte studien kunne gi. Nyttien var verdien av ny kunnskap og at informantene opplevde at de var med på noe meningsfullt. Samtlige informanter ga uttrykk for at de opplevde studiens formål som nyttig, og at de ønsket å være med på å dele sine opplevelser rundt tematikken. Det opplevdes som styrkende for deres selvfølelse at deres oppfatninger og erfaringer ble verdsatt.

4 Resultater

I dette kapittelet vil funn relatert til informantenes egne erfaringer med eldre hørselshemmede bli presentert. Dette inkluderer redegjørelse av alder og utdanning for at leserne skal få et inntrykk av hvem informantene er.

4.1 Bakgrunnsopplysninger

Studiens informanter består av seks kvinner som arbeider i tre forskjellige bydeler geografisk spredt i Oslo. De er alle mellom 23 år og 26 år. Samtlige er utdannet sykepleiere og har jobbet i hjemmesykepleien mellom et halvt år og to år. Til tross for informantenes unge alder og relativt korte arbeidserfaring, har alle opplevelser og erfaringer i møte med eldre hørselshemmede.

4.2 Sykepleiers arbeidsdag i hjemmetjenesten

Alle mine informanter forteller om deres arbeidsdag og opplevelser i møte med eldre hørselshemmede. Det kommer frem forskjellige faktorer som er med på å prege deres hverdag i møte med den aktuelle brukergruppen.

Tiden setter grenser

Samtlige informanter forteller om sine opplevelser med tanke på tiden de har til rådighet i sitt daglige arbeid. To sykepleiere forteller om at administrasjonen har begynt med innskrenking av tiden de har til hver bruker. Alle utenom en informant opplever tidsrammen de får hos hver enkelt bruker som utilstrekkelig. De mener at de som arbeider med innskrenkingen av tiden de har tilgjengelig, ikke kjenner til deres arbeidsrutiner og hva som trengs i praksis.

Informantene gir uttrykk for at tiden de har til rådighet ikke gir dem mulighet til å prate med brukerne sine som igjen gjør at de ofte bare rekker å gjøre det som står i enkeltvedtakene til sine brukere. Utover disse vedtakene strekker ikke tidsrammene til. De forteller at de gjerne skulle hatt mer tid til rådighet hos hver enkelt bruker, slik at brukerne kunne følt seg trygge og sett.

En informant beskriver sitt forhold til tidsbegrensning slik:

«Det går an å få gjort ting fort, menne det er ikke alltid det, det er ikke verdig da syns jeg egentlig, jeg gidder ikke å behandle mennesker som ting ikke sant».

En informant forteller om tiden de har til rådighet med tanke på brukerens sosiale behov slik:

«De tenker ikke på at personene trenger kanskje litt oppfølging og har behov for å prate»

En annen informant forteller om sykdommer hvor det trengs tid til å prate slik:

«Mange har sykdommer og livssituasjoner hvor man trenger å prate»

Store arbeidsmengder

Da informantene beskrev hvilke arbeidsoppgaver, rutiner og helseproblemer som ofte forekom i deres daglige arbeid i hjemmetjenesten, var det varierte svar. Samtlige forteller at det er mye som skal gjøres i løpet av en dag, for eksempel var det stell, injeksjoner, medisiner og administrative oppgaver. De gir også uttrykk for mengden av helseproblemer som forekommer hos eldre mennesker, som de må tenke på og ta stilling til. Ingen av informantene nevner sansetap spontant i beskrivelsene sine om arbeidsdagen sin. Men samtlige forteller at sansetap forekommer ofte blant deres brukere, når de direkte blir spurt om det. Informantene gir uttrykk for at det er viktig å se hele mennesket. De har et ansvar for å følge opp og tilrettelegge for de individuelle behovene brukerne har, men at det dog går mye på det fysiske og at sansetap blir dermed glemt.

En informant beskriver sine arbeidsoppgaver slik:

«Det er veldig mye. Vi får lister hver dag ikke sant, over brukere og det er alt fra stell, medisiner, kateterinnleggelse og lage mat. Alt som hører med når du bor hjemme da. Følge opp brukeren generelt da, på alle områder».

En annen informant beskriver hvor ofte sansetap forekommer slik:

«Ja, sansetap er veldig utbredt. Hørsel og syn, så å si alle bruker jo enten briller eller så har de høreapparat som de enten bruker eller ikke bruker. Det er jo en del som på en måte har andre skavanker som gjør at de har følelsestap og sånt også, men ja syn og hørsel, det er veldig vanlig».

Informasjon om eldre med hørselstap

Samtlige informanter gir uttrykk for at de får informasjon om at brukerne deres har nedsatt hørsel ved at det står beskrevet i enkeltvedtakene til brukerne. Informasjonen blir også videreformidlet av brukerens pårørende som er dyktige til å følge opp. Men de gir også uttrykk for at de selv ser vesentlige symptomer og tegn som kan være forbundet med nedsatt hørsel. Informantene forteller at de verken kjenner til eller opplever at det finnes noen spesifikke rutiner på hvordan nedsatt hørsel hos eldre blir videreformidlet til ansatte i hjemmetjenesten.

En informant beskriver hennes opplevelse av å få informasjon om hørselstap hos eldre og gir uttrykk for viktigheten av å ha gode pårørende og sykepleiere. Hun beskriver det slik:

«Det er jo litt tilfeldig det, så er det gjerne pårørende som tar tak i det og følger de til øre-nese-hals leger og den biten der, så man er jo liksom priset og faktisk ha gode pårørende. Og de som ikke har det så er du priset å ha hjemmesykepleiere som faktisk nesten tar vare på deg og følger opp»

Flere informanter opplever tegn og symptomer til nedsatt hørsel knyttet til kommunikasjon som gjorde at de oppdaget at brukeren hadde nedsatt hørsel. Dette beskrives i følgende utsagn hentet fra flere av informantenes opplevelser:

«...fordi de ikke oppfatter at jeg sier noe», «...de må spørre flere ganger», «...at de selv snakker høyt og at tv'en står på høyt», «...hvis de ikke hører meg», «...vanskelig med å kommunisere med de»

Rutiner og oppfølging

Informantene forteller om deres erfaringer om rutiner og oppfølging knyttet til eldre med nedsatt hørsel. Samtlige forteller at deres arbeid er basert på enkeltvedtak brukerne får. Enkeltvedtakene er utarbeidet av søknadskontoret hvor det står hvilke behov brukeren har og hva sykepleierne skal gjøre hos brukeren. Samtidig uttrykker informantene at de selv må vurdere behov utover det som står i vedtakene. I den forbindelse opplever samtlige informanter at nedsatt hørsel ofte kun står omtalt i begrenset omgang i vedtakene dem arbeider etter. Det vil si at behovene eldre med nedsatt hørsel har ikke står spesifikt beskrevet. En informant opplever det som en utfordring ikke å ha mere spesifikke retningslinjer beskrevet i vedtakene sine. De er utformet svært kort, som igjen stiller store krav til deres

individuelle kompetanse og utfordringer når tiden de har til rådighet er basert på gjøremålene som er beskrevet i enkeltvedtakene.

En informant forteller om vedtakene slik:

«Vi har mange eldre med nedsatt hørsel som bruker høreapparat, og på den listen står det gjerne liksom sett på høreapparat for eksempel. Og da er det jo viktig at man gjør det. Men vi så ofte at noen ikke gjorde det. Eller kanskje ikke visste hvordan man skulle sette i et høreapparat da, så vi kom på kvelden å skulle ta ut høreapparatet og så at det satt jo helt feil, eller ikke var satt på»

En annen informant beskriver nødvendigheten av å spesifisere vedtakene for at de som sykepleiere skal klare å følge opp brukere med nedsatt hørsel slik:

«Det må komme i vedtakene, atte i dag skal du rense høreapparatene. For det er det nødt til å være i hjemmesykepleien hvis det skal skje no. Det står bare, sette det inn og ta det ut»

Kartlegging

Ved spørsmål om informantenes opplevelser med tanke på kartlegging av eldre med nedsatt hørsel, svarte samtlige at det var lite eller nesten, ingen fokus på det i deres arbeid. Tre av informantene nevner at de har hatt et kartleggingsverktøy som har vært et prøveprosjekt i hjemmetjenestene, hvor blant annet kartlegging av sansetap var et tema. Kartleggingsverktøyet var et hjelpemiddel som skulle avdekke behov hos brukerne, og som helst skulle brukes hver fjortende dag. Informantene ga forøvrig uttrykk for at det var vanskelig å gjennomføre kartleggingen i praksis siden det tar lang tid og går dermed utover andre gjøremål.

Tre informanter nevner også at de ved utarbeidelse av inntakstrappport observerer brukerne, og spør brukerne om behovene de opplever å ha, og hva de ønsker å få hjelp med. Her blir blant annet nedsatt hørsel kartlagt og skrevet opp i registrene deres. Etter denne informasjonen er det opp til hver enkelt som arbeider med brukerne å følge opp det som står beskrevet i registrene. Informantene forteller også at det er ulik praksis fra bydel til bydel, med tanke på hva slags kartleggingsverktøy som blir brukt og hvordan informasjon blir registrert. Samtlige informanter forteller at de under intervjuene har blitt mer bevisstgjort hvor viktig sansene egentlig er, og forteller at det er et tema de opplever det er lite fokus på, med mindre noen er spesielt interesserte.

En informant forteller om fokus og viktigheten av kartlegging slik:

«Det er ikke så mye fokus på kartlegging av sansetap, burde absolutt vært mer. Hørsel er en av de viktigste sansene vi har. Brukeren hadde fått en lettere hverdag, det hadde vi også»

En informant beskriver tiden de har til rådighet med tanke på prøveprosjektet av kartleggingsverktøyet, men ser nødvendigheten av å bruke det:

«Vi syns jo at det tok mye av vår tid, og det ble mye rundt det og dokumentasjon, og den biten der, men vi så jo også at det var kjempe viktig prosjekt»

En annen informant gir uttrykk for viktigheten av å ha større fokus på kartlegging av eldre med nedsatt hørsel slik:

«Det er jo selvfølgelig et område som en sikkert kunne tatt mer tak i for både å bedre situasjonen til brukerne hjemme og sånn at vi hadde på en måte hatt et lettere arbeidsmiljø ute hos brukerne. At det hadde vært lettere å gjort seg forstått»

En informant beskriver det kort slik:

«Det er veldig lite, ingenting kanskje»

Utfordringer i møte med eldre hørselshemmede

Informantene forteller om flere episoder i møte med hørselshemmede eldre som de opplever som utfordrende i deres arbeid. To av informantene forteller at de har opplevd det som en utfordring å møte nye brukere med nedsatt hørsel da de begge har dialekt. I den forbindelse har det oppstått situasjoner hvor brukere ikke har forstått hva de har sagt og de har måttet prate høyere, tydeligere og ofte snakket bokmål for å bli forstått. Men de uttrykker at brukerne med tiden blir vant til dialekten, og slike situasjoner oppstår i mindre grad.

En informant som opplevde dialekt som en utfordring beskriver det slik:

«Hvis jeg snakker høyt på min dialekt, så uansett hvor høyt jeg snakker så forstår de ikke»

Tre informanter har opplevd situasjoner hvor brukeren ikke har hørt på grunn av ørevoks i ørene. Dette har blitt oppdaget av informantene fordi brukeren har klaget på ikke å ha hørt selv om høreapparatet var satt på.

En informants beskrivelse av ørevoksproblematikk hos brukerne:

«Ho hørte utrolig dårlig og hadde høreapparat, men hørte ikke. Så tenkte vi at vi kanskje

burde sjekke høreapparatene da, og se om de var i orden, også viste det seg at de var, litt ekkelt, men at det var masse ørevoks i høreapparatene»

To informanter forteller også at det har oppstått kommunikasjonsproblemer på grunn av irritasjon hos dem selv eller hos brukeren. Informantene selv blir irriterte fordi brukeren ikke hører, og de føler de står og maser når de må prate for høyt, mens brukerne blir irriterte fordi de tror de ikke får svar på det de spør om.

Med tanke på irritasjon fra enten bruker eller informanter beskrives det slik:

«De blir irriterte hvis de, hvis de ikke hører hva vi sier, og vi blir irriterte hvis de ikke hører hva vi sier, det skal vi jo ikke selyfølgelig, men det skjer»

Flere informanter opplever også utfordringer knyttet til brukere som ikke ønsker å bruke høreapparatene sine, noe som gjør at informantene opplever formidling av beskjeder som en utfordring, fordi brukerne ofte ikke får med seg hva som blir sagt. I sammenheng med eldre som ikke ønsker å bruke høreapparat gir informantene uttrykk for at de prøver å motivere brukerne, men at de ikke kan presse dem til å gjøre noe de ikke selv ønsker.

Når brukerne ikke ønsker å bruke høreapparat, beskriver en informant en situasjon slik:

«Har et ektepar på 100 år hvis begge hører dårlig, begge to har høreapparat, men ønsker ikke å bruke det. [...] i og med at begge har så dårlig hørsel, så skriker de jo til hverandre, og prøver på en måte å motivere de til å ha i høreapparatet, men de skjønner sikker ikke hvorfor det var nødvendig når det bare er dem to der hjemme, de hadde det behovet for å snakke sammen hele tida når de har bodd sammen i 80 år da»

Ved spørsmål om hva de gjør i slike utfordrende situasjoner svarer tre informanter at de ikke gjør så mye, fordi de ikke vet hva de skal gjøre. Når det har oppstått ørevoksproblematikk, har de spurt kollegaer om hjelp og fått spylt ørene, for så å ha opplevd at brukeren plutselig hørte bra igjen. De opplever det som slitsomt å måtte snakke tydelig og gjenta hele tiden overfor brukere med nedsatt hørsel. Ved språklige kommunikasjonsproblemer gir informantene uttrykk for at de prøver å tilrettelegge for brukerne ved å snakke høyt og tydelig, se dem i øynene og spørre om en ting av gangen.

Flere informanters beskrivelser av hva de gjør ved utfordrende situasjoner:

«Tenker jo på hvordan man snakker med eldre med dårlig hørsel. Det er lettvisst og bare snu

seg bort når du skal lage mat så fortsetter du å snakke, så hører jo ikke de et kvekk. Men det er sikkert bare en dårlig vane»

«Det er ikke så sykt mye jeg har gjort med det egentlig. For eksempel hvis de har glemt å sette på høreapparat, så er det å hjelpe til med det. Det er det eneste tiltaket jeg har»

«Å være rolig og snakke høyt og være sikker på at de får med seg beskjedene»

«Å snakke klart og tydelig og høyt nok uten å, ofte så føler jeg at jeg står å maser på de, når jeg står der å snakker veldig høyt da»

Når informantene ble spurt om økt tidsbruk hos brukerne hadde ført til at de hadde gjort noe annerledes svarte en informant slik:

«Det kunne jeg nok helt sikkert. For det er nok ikke det som blir prioritert i det hele tatt. Spesielt er det en bruker som hører veldig, veldig dårlig, og som er, hun er litt uklar da. Brukeren er ikke veldig dement, men litt uklar og ganske engstelig. Der kunne vi nok gjort flere tiltak, hvis jeg hadde hatt mere tid, for det er noe som hemmer brukeren i hverdagen»

Samarbeid

Informantene forteller at de opplever å stå mye på egne ben i sitt arbeid, noe som gjør at de føler ansvar for egen læring utover utdanningen sin. Men samtidig opplever de at de i flere situasjoner trenger støtte for å håndtere situasjoner i sitt arbeid. Det er mye som skal tenkes på og mye som skal gjøres, når behovene hos mange eldre er så sammensatte. De opplever det som en utfordring når de står der alene og ikke vet hvem de kan kontakte. Ved spørsmål om informantene har andre de kan kontakte enn kollegaer i situasjoner de har opplevd å trenge det, fortelle samtlige at de ikke har gjort det. Dette begrunnes med at de ikke kjenner til hvem som har ansvar, eller kompetanse innen hørselsfeltet. Rådgivningskontoret, hørselskontakten eller ergoterapeuten er instanser og personer informantene ikke kjenner til eller assosierer som nøkkelpersoner i hjelp, råd og veiledning når det oppstår situasjoner med tanke på hørselsproblematikk.

En informant forteller om opplevelsen av å stå alene i slike situasjoner slik:

«Du sitter ikke med et høreapparat på skolen. Og det er kanskje noe man faktisk burde gjort. Det er så mye sykepleiere skal kunne. Vi skal jo kunne alt, så da må man på en måte ta litt

ansvar for sin egen læring når man kommer opp i det. Men når du står i det aleine da, hva skal du gjøre, hvem skal du ringe?»

Ved spørsmål om ergoterapeutens rolle beskriver flere informanter det slik:

«Ja, vi har jo ergoterapeuter vi kan kontakte, men det er begrenset hvor mye vi egentlig bruker dem.»

«Vi kontakter jo ergoterapeuter, det gjør vi jo, selvfølgelig. Menne, jeg, det ville ikke falt meg inn å kontakte ergoterapeuten i forhold til nedsatt hørsel hos eldre»

«Jeg har kontaktet ergoterapeut i forhold til sånn isbjørn, det går jo på hørsel, gjør det ikke? Vi kontakter jo de om en bruker trenger for eksempel en isbjørn eller en komfyr eller noe sånt. Også er det de som drar hjem og setter det opp».

En informant forteller også hvor viktig det er for dem som sykepleiere å ha et tettere samarbeid og vite hva forskjellige ansatte kan brukes til:

«Det er viktig å bruke andre, som for eksempel ergoterapeuter og fysioterapeuter, at man bruker de mye mer. Det snakker vi også mye om, at de burde være mye mer i nærheten av oss, de er i en annen etasje, vi ser dem sjelden. Og det å kontakte dem oppleves ofte som et problem, fordi dem enten ikke er inne, eller at vi ikke har tid. Vi vet ikke alltid hva de kan heller, vi burde hatt en oversikt over hva de kan brukes til. Det må være lettere å få tak i dem, vi må ikke føle at vi må kjempe oss gjennom og at ting tar tre måneder før det skjer noe».

4.3 Sykepleiers kunnskap om nedsatt hørsel, høreapparat og tekniske hjelpemidler

Informantene forteller om deres opplevelser av egen kunnskap om nedsatt hørsel. Hvilken opplæring de opplever å motta fra arbeidsplassen og deres håndtering av hørselstekniske hjelpemidler i møte med eldre hørselshemmede.

Utdanning og opplæring

Samtlige informanter har sykepleierutdanning. De forteller at de har den å støtte seg til når de startet i hjemmesykepleien, og understreker at de likevel ikke kan lære nok. De er avhengige av opplæring og kurs for å dekke brukerens behov, fordi behovene til brukerne ofte er

sammensatte av flere helseplager som alderdom fører med seg. At det holdes kurs anser informantene som viktig for å trygge sikkerheten for brukerne sine. Samtlige forteller at de fikk noen dager med opplæring av arbeidsplassen når de startet som var rettet mot det informantene kaller de vanligste sykdommene og prosedyrene sykepleiere hadde. Sykepleierprosedyrer ble beskrevet som arbeidsoppgaver bare sykepleierne kunne utføre, eksempelvis dosering av medisiner, kateterinnleggelser og sårstell. Innimellom tilbyr også arbeidsplassen kurs som stort sett er frivillig å delta på. En informant forteller at det er kurs rettet mot sykepleierprosedyrer, mens en annen informant forteller at hun går på et kurs knyttet til demens, som er et stort tema i eldreomsorgen. Her har hun også fått kunnskap om at nedsatt hørsel kan forveksles med demens. Men samtlige informanter forteller at de ikke har vært borti kurs som direkte har tilknytning til sansetap eller nedsatt hørsel. Verken når det gjelder konsekvenser av nedsatt hørsel, vedlikehold av høreapparat, eller håndtering av hørselstekniske hjelpemidler. De opplever å måtte selv spørre og ta initiativ til å innhente kunnskap om temaet. Samtidig forteller de at det er et tema som ikke blir prioritert, og dermed blir det fort et tema de ikke tenker over i arbeidet sitt fordi det er mye annet å forholde seg til.

En informant beskriver det slik:

«Det er mye forskjellige kurs, det kan være i forhold til sykdommer, demens, førstehjelp, mye forskjellig egentlig. Men jeg har ikke vært borti noe kurs direkte relatert til hørsel... det er mange ting vi ikke tenker over i hverdagen regner jeg med, så det er alltid noe man kan lære mere av på en måte»

Ved spørsmål om kurs med tanke på tekniske hjelpemidler beskriver en informant det slik:

«Nei, egentlig ikke, da må vi spørre selv, hvis du er usikker på hvordan du setter på et høreapparat, så må du spørre selv for å få hjelp til det, enten spørre brukeren selv, pårørende eller kollegaer»

Håndtering av høreapparat og tekniske hjelpemidler

Informantene forteller at mange av deres eldre brukere har høreapparat. Hvorvidt disse høreapparatene blir brukt eller ikke varierer. De har opplevd at noen brukere ikke ønsker å bruke de av diverse grunner som ubehag, at de er for små eller at bruker ikke vet hvor de ligger. De gir uttrykk for at de prøver å motivere så godt det lar seg gjøre, men opplever det som en utfordring. Samtlige informanter har byttet batteri på et høreapparat, men forteller at det er ingen faste rutiner på det. Heller ikke ved rengjøring av høreapparat selv om 3 av 6

informanter har sett at det har vært nødvendig, men forteller at de ikke har blitt spurt av bruker om å rengjøre det. En av informantene har rengjort høreapparatet og mestrer dette fordi hennes besteforeldre også bruker høreapparat. Fem av informantene forteller at de selv ikke vet hvordan det skal gjøres. Samtlige informanter har møtt eldre hjemmeboende som bruker andre hørselstekniske hjelpemidler som isbjørnen, varselutstyr og samtaleforsterkere. To informanter forteller at søkeprosessen for hjelpemidler tar lang tid. De opplever å ikke kjenne utstyret godt nok til å vurdere hva som kan være hensiktsmessig for brukerne. En av informantene har opplevd at det har kommet en person hjem til eldre brukere med teknisk utstyr, men forteller at hun selv ikke har noe forhold til hjelpemidlene i ettertid. Flere informanter sier at de gjerne hadde brukt og hjulpet brukere med høreapparat og tekniske hjelpemidler i større grad. Samtidig presiseres at opplæring i bruk og vedlikehold av høreapparat og tekniske hjelpemidler er en forutsetning for å kunne ta ansvar, håndtere og bruke hjelpemidlene.

Ved spørsmål om eldre brukere får hjelp med tekniske hjelpemidler beskriver en informant det slik:

«De får sikkert hjelp med det, men, eller jeg vet ikke helt om det er våres ansvar å gjøre det, menne, hvis hun sier at de er i stykker så, så kan vi jo sende en ergoterapeut eller...»

Ved samme spørsmål beskriver en annen informant det slik:

«Det er liksom sånne ting sykepleiere må ta ansvar for egentlig å gjøre sånne ting. Sykepleieren skal på en måte ikke gjøre bare det som står på listen, men skal se hele brukeren, skal liksom observere alt rundt brukeren. Men det trengs kunnskap for å klare fange det opp også da, så det er lett å overse»

En informant forteller om tekniske hjelpemidler:

«Jeg hjelper til med å sette på og av et høreapparat, det er som oftest det som står i oppdragene våres».

En annen informant forteller om rengjøring av høreapparat slik:

«Nei, jeg har ikke hatt opplæring i det, og sånn som å rense den proppen og sånt no, det vet jeg ikke hvordan man gjør fra innsiden, hvis det er det man gjør liksom. Jeg har ikke blitt spurt om det heller, men jeg har sett at det har vært behov. Så har ikke jeg kunnet gjøre det, så da har jeg spurt noen andre om de kunne gjøre det»

En informant beskriver sitt syn på hva økt kunnskap om hjelpemidler kan ha å si for brukere:
*«Hvis vi hadde fått opplæring i hvordan vi skal bruke det, og eventuelt vedlikeholde det å
sånne ting. Så er det enkelte brukere som kunne hatt behov for sånne hjelpemidler. Både for
seg sjøl og for at vi skal få frem budskapet vi har»*

5 Drøfting av resultater

I det foregående kapittelet er det presentert resultater som direkte relaterer seg til informantenes opplevelser av møte med eldre hørselshemmede. Resultatene viser blant annet hvordan informantene beskriver deres arbeidsdag og hvilke utfordringer de opplever å møte i tilknytting til eldre hørselshemmede, samt implikasjoner som informantene opplever som barrierer for å utføre arbeidet sitt på en tilfredsstillende måte. Med tanke på disse opplysningene informantene har gitt og min tolkning av deres utsagn, vil det i dette kapittelet diskuteres og reflekteres over relevante temaer som informantene har gitt uttrykk for med utgangspunkt i studiens problemstilling, og relatert til studiens teoretiske forankring.

5.1 Hvordan beskriver sykepleierne deres arbeidsdag?

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) beskriver hvilke oppgaver og tjenester kommunen skal gi sine innbyggere. Det antas at mer enn halvparten av alle hørselshemmede vil være tjenestemottakere fra personell i omsorgstjenesten. Dermed forutsetter dette at helsepersonell i møte med eldre hørselshemmede har grunnleggende kunnskap om konsekvenser av hørselstap og behov for tilretteleggingstiltak i deres arbeid. Eldre brukere som har nedsatt hørsel vil være i en sårbar situasjon som kan medføre en rekke sekundærplager. Det er derfor av betydning å se på hvordan sykepleiere som er i hyppig kontakt med denne brukergruppen opplever arbeidsdagen og om denne gruppen eldre blir ivaretatt.

Funn i studien viser at samtlige sykepleiere beskriver sin arbeidsdag slik Fjørtoft (2006) beskriver det. Det er mye som skal gjøres i løpet av en dag, og en rekke behov og helseproblemer som skal tas hensyn til. Sykepleierne gir uttrykk for at det er viktig å se hele mennesket og at de har et ansvar for å følge opp og tilrettelegge for de individuelle behovene brukeren har. På den ene siden kan sykepleiers vektlegging av å se hele mennesket sees i sammenheng med Kluckohn og Murrays (1953) forståelse av mennesket, som redegjort for i kapittel 2.2.4. Der ser de blant annet viktigheten av å se det enkelte mennesket i en sammenheng og inkludere hele livssituasjonen, noe sykepleierne i studien gir uttrykk for. Et slikt menneskesyn kan påvirke og fremme helsen for eldre brukere, fordi deres menneskesyn vil innvirke på deres holdninger og oppførsel overfor brukere. Men på den andre siden gir sykepleierne i tillegg et uttrykk for at det kan være vanskelige å se hele mennesket med tanke

på alle deres behov i praksis. Det er et vidt spekter av behov og helseproblemer som skal tas hensyn til.

Eldre brukeres behov

Hvilke behov er det sykepleierne opplever som fremtredende i sin hverdag, og er eldre hørselshemmedes behov en del av dem? Funnene viser at behovene hos eldre brukere for det meste går ut på fysiske behov som stell, matlaging og kateterinnleggelser. Det er med andre ord uttrykk for at det er de fysiske behovene som blir prioritert, noe som samsvarer med forskningen til Tønnessen, Nortvedt og Førde (2012). De viser til at brukere i hjemmetjenesten primært får mat, medisiner, hjelp til personlig hygiene, toalettbesøk, påkledning og avkledning. Kan det tenkes at sykepleierne har lite kunnskap og forståelse for psykiske og sosiale behov eldre brukere har? Hauge (2012) nevner i sin artikkel at de fleste fysiske behov er håndfaste problemer, eksempelvis sårbehandling, hoftebrudd og personlig hygiene, som gjør det mulig å beskrive og utforme relevante tiltak for sykepleierne. Mens ved psykososiale, sosiale og åndelige behov, opplever mange mangel på kunnskap og forståelse som gjør at relevante tiltak ikke utformes. Hva skjer så med de psykiske og sosiale behovene som eldre hørselshemmede har? Sykepleierne beskriver sansetap som svært utbredt. De opplever å møte eldre hørselshemmede så å si hver dag, men de fysiske behovene blir prioritert og sansetap ofte glemt.

Oppgavene som sykepleierne opplever å utføre som både mine funn og Tønnesen et al, (2011) viser, kan anses som opprettholdelse av basale livsfunksjoner. Skal tjenestene være i tråd med grunnleggende sykepleie og et helhetlig menneskesyn, må også psykiske, sosiale og åndelige behov ivaretas (se kapittel 2.2.4). Dette er behov som blant annet går ut på kommunikasjon, den gode samtalen og nærhet til brukerne. Teorien og forskning viser at eldre hørselshemmede kan få en rekke sekundærplager, som depresjon, sosial isolasjon og personlighetsforandringer, ved at psykiske og sosiale behov ikke prioriteres. For at helsefremmende arbeid i tråd med salutogenesen skal kunne realiseres, må den inkludere innsatser for å motvirke at helsen svekkes. Mestring av et hørselstap hos eldre har sammenheng med det psykologiske, sosiale og det kognitive hos vedkommende. Denne studien gir uttrykk for at slike behov ikke blir prioritert, og dermed ikke er i tråd med helsefremmendarbeid.

5.1.1 Utfordringer i sykepleierens arbeidsdag

Funnene i studien viser flere alternative utfordringer i sykepleiernes arbeidsdag som kan sees på som mulige forklaringer på hvorfor behovene hos eldre hørselshemmede ikke ser ut til å bli ivaretatt og hvorfor sansetap ser ut til å være et område som blir glemt.

Tidsrammer

Tiden sykepleierne har til rådighet anses som en styrende faktor i møte med hørselshemmede eldre i studiens funn. Søknadskontorene utarbeider vedtak til brukere og bestemmer tidsrammen sykepleiere skal forholde seg til. Når sykepleierne skal uforme tiltak og behov på bakgrunn av dette, opplever de at søknadskontorene ikke tenker på hva det medfører i praksis. Sykepleierne uttrykker at det er mulig å få gjort ting raskt og effektivt, men det resulterer i at de selv føler at de ikke imøtekommer brukernes behov og verdighet tilfredsstillende nok. Dette viser tilbake til at sykepleierne ser ut til å ha et gjennomtenkt etisk fundament hvor de har et ønske om å se og vurdere brukerne sine fra et helhetlig perspektiv. Men opplevelse av blant annet tidsrammen de må arbeide etter, vanskeliggjør opprettholdelsen av deres etiske fundament. De gir tydelig uttrykk for at mange eldre menneskers livssituasjoner, plager og sykdommer medfører et behov for å prate og være sosiale, noe spesielt eldre hørselshemmede trenger (Pihl, 2008). Men dette er situasjoner som stramme tidsrammer ikke gir rom for. Dermed blir resultatet at de kun rekker å utføre det som står i vedtakene deres, og det helhetlige behovet mange brukere har blir ikke ivaretatt.

I følge Vabø (1998) er de aller fleste kommuner i dag tvunget til å føre en strengere og mer selektiv praksis for tildeling av tjenester. Dette innebærer et økt press på de ansattes tidsbruk. De ansatte i hjemmetjenesten jobber etter stramme tidsskjemaer, og effektiviteten blir målt i antall brukere. De må dermed arbeide i henhold til vedtak, se på anslått tid som veiledende og bruke den tiden som er nødvendig i hvert enkelt tilfelle. Fjørtoft (2006) sier at å arbeide etter for rigide tidsskjema ikke er mulig hvis sykepleierne skal kunne imøtekomme brukerens varierende behov. Enkeltvedtak på tjenester fra hjemmesykepleien er lovpålagt og derfor juridisk bindende (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Myndighetenes hensikt med å innføre enkeltvedtak var å styrke brukerens rettigheter for å sikre tilfredsstillende tjenester. Forskning viser at enkeltvedtakene begrenser sykepleierne i å imøtekomme brukerens behov i situasjonen, fordi brukerbehandlingen er basert på administrative beslutninger innenfor stramme tidsskjemaer. Dette fører til lite individualisert sykepleie og responderer ikke på

forhold som er sentrale for god brukerbehandling (Tønnessen, Nortvedt & Førde, 2011). Skal tjenesten være omsorgsfull må sykepleieren ha mulighet til å ivareta brukerens individuelle behov som viser seg i møte med brukeren, og ikke være styrt av vedtak som er gjort en tid tilbake, og av andre enn de som yter tjenestene i brukerens hjem. Fjørtoft (2006) argumenterer for at en oppsplitting av helhetlige tjenester i isolerte enkeltvedtak er i strid med sykepleiens ethos. Noe funnene i denne studien også tilsier.

Formidling av informasjon om eldre som har et hørselstap. Kartlegging, rutiner og oppfølging

I kommunehelsetjenesten er det et krav om å dokumentere sansefunksjonen. Dette skal gjøres med kommunens kartleggingsverktøy individbasert pleie- og omsorgstatistikk (Helsedirektoratet, 2014). Funnene i denne studien viser at det er lite fokus på kartlegging når det gjelder sansetap generelt. Det nevnes kartleggingsverktøy som har vært deler av prøveprosjekt i hjemmetjenesten, men at det er opp til hver enkelt å følge det opp, og at det i praksis oppleves som vanskelig å gjennomføre. En usystematisk kartlegging kan føre til at det er tilfeldig hvilke brukere som får dekket sine behov.

På den andre siden ser sykepleierne potensiale i å ha et større fokus på kartlegging av hørselstap, og at det kan lette brukerens hverdag så vel som deres egen hverdag. Statens helsetilsyn (2002) hevder at formidling av et hørselstap hos eldre brukere bør vektlegges slik at tiltak kan iverksettes tidlig. Da er også motivasjon og kapasitet til å lære nye ting hos eldre brukere til stede. Ved formidling av hørselstap hos eldre brukere i hjemmetjenesten gir studiens funn et inntrykk av tre faktorer som gjør at sykepleierne blir oppmerksomme på at eldre brukere har et hørselstap. Den første faktoren er brukerens enkeltvedtak, hvor det står beskrevet at vedkommende har nedsatt hørsel, og eventuelle tiltak i sammenheng med brukerens nedsatte hørsel. Den andre faktoren er brukerens pårørende som er dyktige til å følge opp og videreformidle informasjon til sykepleierne i hjemmetjenesten. Den siste faktoren er at sykepleierne selv ser symptomer og tegn som kan være forbundet med nedsatt hørsel og registrerer og videreformidler dette. Ut ifra disse faktorene kan man anta at sykepleierne får en viss informasjon om brukere som har nedsatt hørsel og har et utgangspunkt for å iverksette tiltak og følge opp brukerne med nedsatt hørsel.

En kan spørre seg om disse informasjonsfaktorene sykepleierne beskriver er tilstrekkelige for at eldre med nedsatt hørsel får tilrettelagt sine behov og blir fulgt opp? Sykepleierne i studien opplever at det er tilfeldig når de får vite at en bruker har nedsatt hørsel, noe som kan resultere

i at sykepleierne bare får vite om et fåtall av eldre brukere som har hørselstap. En mulig forklaring kan være at kunnskapen i kommunen og hjemmetjenesten ikke er tilstrekkelig når det skal fattes vedtak til den enkelte bruker. Når sykepleierne skal observere, vurdere og iverksette tiltak forbundet med nedsatt hørsel hos eldre brukere, kan også deres kunnskap være utilstrekkelig. Funnene i studien viser at tiltak beskrevet i enkeltvedtakene er svært korte, og i den forbindelse uttrykker samtlige sykepleiere at de selv må vurdere behovene utover det som står i vedtakene og iverksette tiltak deretter. Eksempelvis er tiltak og behov i enkeltvedtakene som er rettet mot brukerne med nedsatt hørsel, beskrevet som at brukeren har behov for hjelp med å sette på og ta av høreapparat. Ut i fra både teorien om behovet eldre med hørselstap trenger, og ut i fra et helsefremmende perspektiv kan vi se at det sjelden er tilstrekkelig kun å sette på og ta av et høreapparat hos en bruker med nedsatt hørsel. Dette kan sees i sammenheng med sense of coherence og Antonovskys begreper om begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (se kapittel 2.3.2). For at eldre brukere med nedsatt hørsel skal oppleve mestring må sykepleierne kunne forstå hvordan de oppdager at eldre har nedsatt hørsel. Informasjonsfaktorene nevnt i forrige avsnitt viser en viss forståelse hos sykepleierne, men den oppleves tilfeldig, noe som kan føre til en kaotisk og usammenhengende forståelse. Dette går utover håndterbarheten, som er sykepleierens opplevelse av å ha ressurser til ens rådighet for å klare kravet en stilles ovenfor. På den ene siden begrenser brukerens enkeltvedtak, sykepleierens mulighet til å håndtere hørselstap hos eldre, men på den andre siden bør sykepleierens egne ressurser og ressurser i sterke pårørende brukes i større grad. Hvis sykepleieren da opplever å forstå og håndtere problemet vil det sees som meningsfullt å engasjere seg aktivt i utarbeidelsen av tiltak til eldre med hørselstap, og eldre brukere vil kunne oppleve det Antonovsky kaller sense of coherence.

Sykepleierne opplever det som en utfordring å ikke ha mer spesifikke retningslinjer beskrevet i brukerens enkeltvedtak, da det stiller store krav til deres individuelle kompetanse. Etter nærmere analyse av sykepleierens utsagn ser det ut til at sykepleierne har en viss kunnskap når de selv beskriver at de ser tegn og symptomer på når eldre brukere kan ha nedsatt hørsel. Det er enkle, men effektive observasjonsmetoder sykepleierne tar i bruk når de oppdager hørselstap hos eldre. Eksempelvis nevner sykepleierne at de opplever at eldre med nedsatt hørsel snakker unormalt høyt, de har tv'en på høyt og at eldre ikke hører når de blir snakket til. Grue (2011) nevner at nettopp slike metoder kan tas i bruk for å oppdage at eldre hører dårlig. De bruker også andre viktige personer som pårørende for å få informasjon om eldre menneskers hørselstap, noe som også er viktig informasjon å få i arbeidet med iverksetting av

tiltak. Denne kunnskapen er viktig å bevisstgjøre sykepleierne på, for videre kartlegging og oppfølging av brukerne. Ved bevisstgjøring av denne kunnskapen kan sykepleierne oppleve at slike metoder er verdifulle, slik at formidlingen av et hørselstap hos eldre brukere blir mer vektlagt og systematisert. Hvis formidlingen vektlegges og systematiseres mer, kan det føre til bedre rutiner og økt bevissthet om hørselens betydning hos sykepleiere, noe som igjen kan sees i sammenheng med sense of coherence. Fordi sykepleierne kan få en opplevelse av at deres ressurser er tilstrekkelige i møte med eldre hørselshemmede.

5.1.2 I møte med eldre hørselshemmede

Sykepleiens funksjon i hjemmetjenesten er blant annet å bidra til den enkeltes mestring av en vanskelig livssituasjon. Hørselstap hos eldre innvirker både på evnen til å kommunisere, benytte auditiv informasjon og orientere seg etter lydkilder. Sviktende hørsel stiller dermed økte krav både til personen med nedsatt hørsel og den hørende samtalepartneren (Laukli, 2007). Studiens funn viser til flere utfordringer sykepleiere opplever i møte med eldre hørselshemmede, som kan resultere i konsekvenser for eldre brukere med hørselstap.

Kommunikasjon

Sykepleiernes opplevelser i møte med eldre hørselshemmede er beskrevet som et møte med flere utfordringer. Utfordringene som funnene i studien viser kan knyttes til det informasjon- og kommunikasjonshandikaket hørselstap bringer med seg. Forskning viser at et hørselstap hos eldre kan svekke deres sosiale delaktighet. Mulige forklaringer på dette kan være at vi mennesker først og fremst kommuniserer via talespråket, som kan oppleves som en utfordring for mennesker med hørselstap, fordi taleoppfattelsen vår er basert på hørselssansen (Ulleberg, 2004). Kommunikasjonshandikaket vil oppleves i situasjoner hvor eldre er direkte eller indirekte i samtale med andre, ved at vedkommende for eksempel ikke oppfatter hva som blir sagt. Sykepleierne i studien opplever nettopp dette i deres beskrivelser av møte med eldre hørselshemmede. Funnene viser at de blant annet har opplevelser forbundet med dialekt, informasjonsformidling, den sosiale praten og eldre som ikke hører at det for eksempel ringer på døren. Studien til Hallberg og Carlsson (1993) viser at det i situasjoner hvor det snakkes samtidig, eller hvor hørselshemmede snakker med andre personer på avstand, er situasjoner som medfører at eldre med hørselstap føler seg stresset og deres delaktighet svekkes, fordi de trekker seg tilbake fra situasjonene. Funnene i denne studien gir også uttrykk for at det oppleves irritasjon fra både eldre brukere og fra sykepleierne når situasjoner som beskrevet

ovenfor oppstår. Personer med hørselstap vil ha behov for gjentakelse og presisering av ord og setninger som vil forårsake avbrudd i samtalens eller situasjonens naturlige flyt, noe som vil medføre irritasjon fra begge parter hvis de ikke er oppmerksomme på hvorfor slike avbrudd skjer (Hull, 1995). Eldre hørselshemmedes opplevelse av en gjentakende vond sirkel av følelser i mislykkede kommunikasjonssituasjoner kan føre med seg mange negative emosjonelle opplevelser. Slike emosjonelle opplevelser kan være sjenanse, frustrasjon og sinne (Hull, 1995).

Som tidligere redegjort for i kapittel 2.1.4 viser studien til Gomez og Madey (2001) til adaptive og maladaptive strategier eldre med hørselstap bruker i kommunikasjonssituasjoner som sykepleierne opplever å møte. Videre viste studien at eldre oftest brukte de strategiene som de opplevde som mest effektive, enten det fremmer kommunikasjon eller ikke. Sosial støtte fra omgivelse viste seg å være avgjørende for hvilke strategier som ble tatt i bruk. På den ene siden forteller noen av sykepleierne at de ikke vet hva de skal gjøre når det oppstår utfordrende situasjoner. De prøver å gjøre det beste ut av situasjonen, og de som beskrev dialekt som en utfordring, forteller at det med tiden ble bedre kommunikasjon med brukeren, fordi brukeren ble vant til dialekten. Men på den andre siden forteller sykepleierne at de passer på å snakke høyere og tydeligere, venter med å prate til de får oppmerksomheten fra brukerne og står helst ikke med ryggen til brukeren når de prater. Med andre ord ser det ut til at sykepleierne til en viss grad forsøker å støtte eldre brukere, ved å bruke noen strategier som er gode i møte med mennesker med nedsatt hørsel. I studien var det flere sykepleiere som nevnte at de prøvde å snakke høyere, men at brukerne likevel ikke forsto. Dette kan sees i sammenheng med mangel på kunnskap om nedsatt hørsel. Fordi hvis brukerne eksempelvis har recruitment (se kapittel 2.1.2) vil sykepleierens forsøk på å snakke ekstra høyt til dem ikke være nyttig, det vil i stedet for føre til at talen blir forvrengt, vanskelig å oppfatte og vond å lytte til. At eldre med hørselstap har vanskeligheter med å forstå tale kan også sees i sammenheng med prosesseringsvansker, under dårlige lytteforhold har mange eldre vansker med å bearbeide komplekse lydstimuli. Denne studiens funn antyder at sykepleiere ikke har denne kunnskapen, og vil dernest medføre flere situasjoner hvor kommunikasjon er vanskelig og eldre brukere vil i større grad bruke flere maladaptive strategier i kommunikasjonssituasjoner.

Helvik, Jacobsen og Hallberg (2006) viser at mindre bruk av maladaptive strategier ser ut til å være forbundet med god mental helse. Studien med 343 voksne i alderen 21-94 år med

hørselstap, viser at maladaptive strategier korrelerte lavt, men signifikant med psykologisk generell livskvalitet (.21, $p < .01$). Det vil si at personer som i liten grad brukte strategier som eksempelvis var å late som at de ikke hadde forstått, avbryte samtalen eller unngå sosiale situasjoner hadde økt velvære, selvkontroll og vitalitet samt mindre symptomer på angst og depresjon. De strategiene som var antatt å ha positiv effekt på kommunikasjon hadde ikke sammenheng med god mental helse. Også studien til Knutson og Lansing (1990) samsvarer med dette, funnene deres viser en tendens til at mindre bruk av maladaptive strategier og hyppigere bruk av adaptive strategier var forbundet med mindre symptomer på depresjon, sosial angst og ensomhet. Med bakgrunn i denne forskningen kan altså denne studiens funn medføre en rekke negative konsekvenser hos eldre brukere, fordi de i større grad vil bruke maladaptive strategier når omgivelsene deres ikke tilrettelegger godt nok for brukerens kommunikasjonshandikap.

Sykepleierne opplever også å møte eldre hørselshemmede som har høreapparat, men som ikke ønsker å bruke disse. En mulig forklaring på at eldre ikke ønsker å bruke høreapparatene sine kan være at selv om høreapparater anses som et nyttig hjelpemiddel, er de ikke alltid like effektive, spesielt ikke ved det nevrogene tapet som eldre hørselshemmede har.

Høreapparatene vil ikke erstatte lydene eldre ikke oppfatter, men de vil gi en forsterkning av både de lydene de ikke oppfatter og øvrige lyder de egentlig hører normalt. Dette medfører at eldre trenger en tilvenningsperiode for å oppleve nytten av høreapparatbruk. Kommunikasjon blir tidkrevende og slitsom fordi den hørselshemmede bruker mye konsentrasjon og krefter på å oppfatte og forstå det som blir sagt. Derfor kan mange eldre med hørselstap velge bort bruken av høreapparatene, fordi de kan ha en opplevelse av at de ikke fungerer på grunn av mangelfull tilvenning og oppfølging. Omgivelsene kan også ha den oppfattelsen av at høreapparat er et hjelpemiddel som gjør at hørselshemmede får normal hørsel igjen, slik det er redegjort for i kapittel 2.1.4. Sykepleierne forteller at de prøver å motivere brukerne til å bruke høreapparat, fordi det vil lette informasjonsformidlingen dem i mellom og det vil gjøre det lettere å ha en samtale med brukere. Funnene i studien antyder at sykepleierne opplever at eldre brukere som ikke ønsker å bruke høreapparat, kanskje ikke har behovet for å være sosiale og kommunisere i altfor stor grad. På en side kan det være tilfelle, fordi vi mennesker ikke er like. Noen er av natur mer sosiale enn andre og syntes det er greit å være alene uten at det bringer med seg noen konsekvenser. På den andre siden er det også informasjons- og kunnskapsmangel som blant annet gjør at eldre ikke ønsker å bruke høreapparat og dermed

trekker seg tilbake (Laukli, 2007). Det er disse det er viktig å fange opp, informere og følge opp, slik at hørselstapet ikke fører til sekundærplager som isolasjon, ensomhet og depresjon.

5.2 Hva er sykepleierens kunnskap om hørselstap?

Studiens funn gir indikasjoner på at forståelsen og kunnskapen om hørselstap hos eldre er begrenset. Mangel på forståelse og kunnskap hos sykepleierne kan ha flere mulige forklaringer. Blant annet opplever sykepleierne at det er mange behov som skal ivaretas hos eldre brukere og dermed vil kun sykepleierutdanningen deres ikke være nok. Sykepleierne gir uttrykk for at de er avhengige av at også arbeidsplassen tilbyr opplæring og kurs, og et godt samarbeid og oversikt over andre fagpersoner som kan bidra faglig ved behov anses som viktige faktorer for sykepleierens møte med eldre hørselshemmede. Samtlige opplever også at eldre sjelden klager på at de hører dårlig, eller har et behov for hjelp. Dette kan føre til at sykepleierne ikke tenker over hvordan tiltak og tilrettelegging kan bedre situasjonen, fordi eldre mennesker ofte ikke anser hørselstapet sitt som en faktor til de vanskene de opplever i kommunikasjonssammenheng.

I følge Svingen (2003) impliserer aldringsbegrepet antakelsen om en biologisk styrt prosess hvor de endringer som skjer er irreversible og dermed noe man ikke kan endre på. Hvis årsaksforholdet til funksjonsforandringer og problemer hos eldre knyttes til aldringsprosessen, kan det føre til at vanskene overses eller bagatelliseres og derfor kommer til å stå i veien for en søking etter praktiske tiltak som kan endre situasjonen. En av konsekvensene dette kan føre til er at hørselstap hos eldre ikke vurderes som funksjonshemming på samme måte som når hørselsvansker inntreffer i yngre år, og at hørselshemmede dermed ikke blir utredet og henvist til rehabiliteringstilbud på linje med yngre (Svingen, 2003). Dette kan sees i sammenheng med funnene om sykepleierens opplevelse av at hørselstap ikke er den største utfordringen de møter i sitt arbeid, som igjen gjør at prioriteringer for forståelse og økt kunnskap om hørselstap blir begrenset og fragmentert.

Ansvar

Sykepleiere vil være blant de som har hyppigst kontakt med eldre mennesker, og vil således kunne ha en funksjon som nøkkelpersoner i eldre menneskers liv (Fjørtoft, 2006). Det er nettopp derfor det stilles krav til sykepleiere om en grunnleggende kunnskap og forståelse av brukerens situasjon, og hva som skal til for å oppnå best mulig helse og livskvalitet. Dette

bekreftes i helsepersonelloven (1999) ved at deres arbeid skal utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig. Ut i fra dette kan det forventes at sykepleiere som arbeidet med eldre mennesker skal kunne identifisere og kartlegge nedsatt hørsel, og vite hvordan svikten virker inn på funksjonen og deres opplevelse av den. Mæland (2005) sier at vi gjennom hele livsløpet påvirkes av helsefremmende og helsesvekkende forhold i miljøet og i samfunnet. Dette er forhold som vil virke inn på mange typer sykdommer og den påvirker også ofte livskvaliteten. Derfor må helse skapes og utvikles der menneske bor, arbeider og lærer.

Men hvor ligger egentlig ansvaret? Funn viser at sykepleierne er usikre på hvor mye ansvar de egentlig har med tanke på tiltak, høreapparat og tekniske hjelpemidler for eldre med hørselstap. Svingen (2003) anser dette som naturlig fordi tjenesteapparatet består av mange aktører på ulike nivå, og kan dermed framstå som uoversiktlig både for fagfolk og brukere. I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal kommunen tilby helsefremmende og forebyggende tjenester. Blant annet innebærer dette sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, samt helsetjenester i hjemmet. Samtidig er kommunen under samme lov forpliktet til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene som gis. På en annen side er helsepersonell som nevnt pliktet etter helsepersonelloven å gi helsehjelp som er faglig forsvarlig og omsorgsfull. Måten ansvaret begrunnes på av lover kan medføre mange ulike tolkninger, og fraskrivelse av ansvar kan bli en konsekvens. Det stilles krav til både virksomheten og den enkelte helsearbeider, og dermed vil samarbeidet mellom aktørene være viktig for en forståelse av hvem som har ansvar for hva. Noen sykepleiere i studier sier at de ikke vet om de har ansvaret når brukere trenger hjelp med høreapparat og hjelpemidler. En annen sykepleier forteller at de tjenesteansvarlige for brukeren har ansvar for blant annet rensing av høreapparat. Selv om det ikke står i enkeltvedtakene at sykepleieren skal rense høreapparat så er det noe sykepleierne må gjøre, fordi de må se hele brukeren. Men samtidig spesifiserer sykepleiere at det trengs kunnskap for å klare å observere at et høreapparat trengs å renses og ikke minst kunnskap om hvordan det renses. Disse funnen kan antyde at ansvarfordelingen er noe fragmentert, og at noen sykepleiere kan se behovet og gjøre noe med det, mens andre kan overser det. Dette vil resultere i at mange brukere med nedsatt hørsel kan gå rundt med høreapparat som ikke fungerer optimalt på grunn av for eksempel ørevoks. Eller at utgitte tekniske hjelpemidler blir stående uten å bli tatt i bruk.

Samarbeid og hørselstekniske hjelpemidler

Når behovet for nye hjelpemidler melder seg, må sykepleiere ha kjennskap til muligheter, instanser som kan kontaktes (Grue, 2011). Som regel er det ergoterapeuten i kommunen/bydelen som har ansvar for vurdering og bestilling av hjelpemidler. Sykepleieres ansvar her er å være koordinator mellom bruker og hjelpeapparatet (Statens helsetilsyn, 2000). Funn i studien viser at møtet med eldre hørselshemmede preges av utfordringer knyttet til å ha et godt samarbeid med andre fagpersoner. Sykepleierne ble spurt om hvem de kontaktet når de så et behov hos brukeren som de selv ikke hadde kunnskap nok til å håndtere. Samtlige informanter fortalte at de var usikre på hvem som kunne kontaktes. De hadde også mangelfull oversikt over hva enkelte fagpersoner i hjemmetjenesten kunne bidra med. Samtlige sykepleiere i studien forteller at de har ergoterapeuter som de kontakter, men ingen av sykepleierne tenker på ergoterapeutene når de opplever å trenge hjelp i tilknytting til brukere med nedsatt hørsel. Hørselshemmedes landsforbund skrev en rapport om innspill til stortingsmelding om folkehelse. Det refereres blant annet til en kartleggingsstudie av hørselskontaktordningen, som indikerer at ergoterapeutene ikke prioriterer nedsatt hørsel i sitt arbeid, eller ser det store behovet for det (Hørselshemmedes landsforbund, 2012). Hørselshemmedes Landsforbund (2012) påpeker på bakgrunn av dette behovet for å lovfeste en plikt for kommunene til å ha en hørselskontakt, og at denne må ha audiologisk kompetanse med gode rammevilkår. Samtlige sykepleiere uttrykker at de opplever at ergoterapeutene har mye å gjøre, har lang ventetid og få faglige kontaktpunkter. For eldre som ikke klarer eller ønsker å sosialisere seg med andre, er det spesielt viktig å ha gode hørselshjelpemidler, slik at de kan få dekket sosial kontakt gjennom telefon, radio eller tv (Grue, 2011).

Pihl (2008) viser til undersøkelser som beskriver i hvor stor grad utleverte høreapparat blir brukt. Undersøkelsene viser at nesten halvparten av dem som har høreapparat, bruker det hver dag og hele dagen, mens 20 % bruker det aldri. Dermed kan bedre oppfølging av høreapparatbrukere, økt kunnskap og bedre ferdigheter hos personalet i helsetjenesten bidra til å bedre statistikken. Sykepleierne er blant de som har hyppigst kontakt med eldre hørselshemmede, og bør dermed ha elementær kunnskap om bruk, stell og nytten av høreapparat og tekniske hjelpemidler. Når eldre brukere ikke har mulighet til å stille høreapparatene sine selv, er det nødvendig med bistand fra personer som ofte er i kontakt med brukerne. Hvis proppen på et høreapparat er tett, kommer det mindre lyd inn i øret, brukeren vil således ha lite nytte av å bli satt på et høreapparat. Dersom et høreapparat stadig piper, kan årsaken være at proppen ikke passer lenger og ny propp bør støpes. Siden hørselen som regel

blir mer redusert med stigende alder, kan det tenkes at høreapparatet må justeres eller byttes for at brukeren skal ha nytte av det. Eldre brukere som får utdelt andre tekniske hjelpemidler må også oppleve nytten av dem. Det hjelper ikke å få utdelt hjelpemidler uten at de blir brukt etter hensikten. Sykepleierne i studien forteller at de ikke har kunnskap om vedlikehold av høreapparat eller nytten av andre hjelpemidler. Det finnes heller ingen faste rutiner for å følge opp brukere med tanke på høreapparatbruk og tekniske hjelpemidler. Studiens funn kan antyde at sykepleierne ikke ser nytten høreapparat og hørselstekniske hjelpemidler har for brukere med nedsatt hørsel, og hvordan det kan bedre så vel som deres og omgivelsenes hverdag. Noen sykepleiere forteller derimot at de ofte ser behov for rengjøring av høreapparat, men ikke har kunnskap til å gjøre noe med det. Studiens funn kan resultere i at eldre brukere ikke opplever støtte fra omgivelsene sine. Berkman og Syme (1979) referert i kapittel 2.3.2 hevder at den viktigste funksjonen for det sosiale nettverket er å gi mennesket følelsesmessig kontakt og støtte. Mangel på støtte fra omgivelsene kan svekke eldre brukeres evne til å mestre motgang og tap ved for eksempel nedsatt hørsel (Mæland, 2005). Dette kan sees i sammenheng med helsefremmende arbeid hvor rutiner og økt kunnskap hos sykepleiere kan være avgjørende for å fremme eldre brukeres helse og livskvalitet (se kapittel 2.2.3).

Sykepleierutdanning og opplæring i hjemmetjenesten

Samtlige av sykepleierne i studien er nylig utdannet sykepleiere, og forteller at de støtter seg til den kompetansen de har fått under utdanningen når de møter brukere i hjemmetjenesten. Men de understreker at utdanningen gir begrenset kunnskap om det omfanget av problemstillinger de møter i arbeidet. Funnene i studien viser også at sykepleierne anser opplæring og kurs fra arbeidsplassen sin side som viktig for å dekke brukernes behov, og for å trygge sikkerheten til sine brukere. Aase (2010) anser pasientsikkerhet som viktig for å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader, som følge av en helsetjenesteprosess (se kapittel 2.2.3). Samtlige sykepleiere forteller at de aldri har opplevd å få tilbudt kurs som er direkte relatert til verken nedsatt hørsel eller sansetap. Kun en informant forteller at hun via et kurs knyttet til demens, fikk kunnskap om at nedsatt hørsel kunne forveksles med demens. Dette er oppsiktsvekkende når både sykepleier-, hørsels- og omsorgsteori samt lover og forskrifter viser at sansetap er svært utbredt blant eldre (Pihl 2008, Statens helsetilsyn 2000, Helse- & omsorgstjenesteloven 2011). For å kunne fremme salutogenese er faktorer som sykepleierens forståelse, informasjon og bevisstgjøring av hørselstap hos eldre viktige for at brukerne skal kunne oppleve å meste sitt hørselstap. I studiens funn er slike faktorer mangelfulle. Sykepleierne påpeker at sansetap var et tema som

ble tatt opp under utdanningen deres, men i liten grad. Noe som kan føre til at viktige tiltak ikke iverksettes, og eldre menneskers mestring av hørselstap svekkes.

6 Avslutning

I det følgende kapittelet vil det presenteres en kort oppsummering av studien, for deretter å konkludere med hvilke svar studien har gitt i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene. Til slutt vil anbefalinger for videre forskning presenteres.

6.1 Oppsummering

Sosiale aktiviteter og sosial støtte er relatert til mellommenneskelig kommunikasjon. Ved hørselshemming er nettopp evnen og muligheten til kommunikasjon berørt. Sekundærplager som hørselstap kan for eksempel medføre isolasjon, ensomhet og endret atferd. Dette kan forårsakes av det informasjons- og kommunikasjonshandikaket eldre med nedsatt hørsel kan oppleve. For å forebygge sekundærplager hos hjemmeboende eldre er kompetanse om hørselshemming og gode henvisnings-, samarbeid- og oppfølgingsrutiner mellom tjenesteytere i kommunene, høre- og hjelpemiddelsentralene svært sentrale. Sykepleiere i hjemmetjenesten er blant de som har hyppigst kontakt med eldre hørselshemmede. Deres kompetanse og mulighet til å tilrettelegge omgivelsene for eldre med hørselstap vil være avgjørende for at eldre brukere skal kunne opprettholde god helse, i et helsefremmende perspektiv.

Problemstilling og forskningsspørsmål i denne studien ble valgt på bakgrunn av et tema som kan være interessant for dem som arbeider i det hørselsfaglige feltet og for andre fagfelt som yter tjenester til eldre med nedsatt hørsel. Begrenset forskning og litteratur knyttet til sykepleieres opplevelser i møte med hørselshemmede vil være med på å se tematikken fra et annet perspektiv.

6.2 Konklusjon

Denne studiens problemstilling er rettet mot i hvilken grad sykepleiere opplever at de gir et adekvat tjenestetilbud til eldre med nedsatt hørsel. Med bakgrunn i studiens funn og tolkninger i lys av forskningsspørsmålene og den teoretiske forankringen kan det konkluderes med at sykepleierne opplever i liten grad å gi et adekvat tilbud til eldre hørselshemmede. Dette kan sees i sammenheng med det som presenteres under.

Opplevelsene sykepleierne har beskrevet i studien med tanke på deres *arbeidsdag og møte med eldre hørselshemmede* har vist at hørselstap hos eldre er et nedprioritert tema i hjemmetjenesten. Dette kan sees i sammenheng med at nedsatt hørsel er et usynlig handikap, og dermed blir neglisjert blant eldre menneskers mangfoldige helseplager og behov i hjemmetjenesten. Studien har vist at sykepleiere møter eldre med nedsatt hørsel daglig i sin arbeidsdag. Men mangel på opplæring i hvordan de kan møte det kommunikasjonshandikaket hørselshemming er, begrenser deres mulighet til bistå med høreapparat og å finne og se gode alternative hjelpemidler som kan brukes. Det finnes mye informasjon om eldre og hørselshemming, men studien har vist at informasjonen ikke når frem til sykepleierne som ofte møter eldre med nedsatt hørsel. Dermed må det i større grad arbeides med informasjonsformidling slik at de som faktisk møter eldre med nedsatt hørsel får informasjon om hvordan de kan ivareta behovene eldre med nedsatt hørsel har. Per dags dato er det satt i gang et prosjekt hos hørselshemmedes landsforbund som skal utvikle en film med et formål om å skape informasjonsspredning for helse- og pleiepersonell, eldre hørselshemmede og deres pårørende. Filmen skal lanseres ved enden av dette året (Segtnan, 2014).

Sykepleierne i studien opplevde *manglende kunnskap* for å kunne følge opp og bistå eldre med hørselstap i sitt arbeid. Dermed peker studien mot en forutsetning av økt kunnskap hos sykepleierne, for at de skal kunne følge opp og bistå eldre med nedsatt hørsel. Forskning og statistikk viser at forekomst av nedsatt hørsel hos eldre er utbredt og at den eldre befolkningen vil øke i fremtiden (Statens helsetilsyn, 2000). Dermed kan økt prioritering av hørselstap hos eldre i sykepleierutdanningen bidra til en tidlig bevisstgjøring av hørselens betydning for eldre, og føre til at eldre med hørselstap blir prioritert i høyere grad enn studien har vist.

Selv om kunnskapen til sykepleierne kan økes ved at sykepleierutdannelsen i større grad vektlegger hørselstap hos eldre, er også sykepleierens beskrivelser av *organisatoriske rammer* en viktig faktor å tenke på. Studien har vist at spesielt *stramme tidsskjemaer* er med på å begrense deres mulighet til å ivareta sosiale behov både eldre med nedsatt hørsel og andre brukere har. Studien peker dermed på nødvendigheten av at helsetjenestene bør organiseres slik at sykepleierne har muligheter til bistå og følge opp behov de ser brukere trenger i praksis. Både hørselstap og mange andre helseplager hos eldre er progredierende, det vil si helseplagene blir verre med tiden. Med tanke på dette må sykepleiernes rammer i større grad være fleksible, slik at sykepleierne kan vurdere og endre på tiltak ettersom helsesvikten forverres hos eldre brukere.

Et annet funn i studien er at sykepleierne opplever *uoversiktlig samarbeidsforhold*, som svekker deres mulighet til å håndtere problemer som oppstår i møte med eldre hørselshemmede. Samarbeidsrutiner mellom tjenesteytere i kommunen, høresentralene og hjelpemiddelsentralen bør derfor bedres. Det må i større grad gis informasjon om hva de ulike fagfeltene kan bidra med, og det må utarbeides tiltak som kan bedre samarbeidsforholdene. Dette kan føre til at både sykepleiere og eldre brukere får informasjon om hvem som kan kontaktes og bistå ved behov.

Studien har i sin helhet vist at hjemmesykepleiere besitter uvurderlig engasjement og et ønske om å møte behovene mange eldre med nedsatt hørsel har. Likevel utgjør beskrivelser av kunnskapsmangel, begrensninger i organisatoriske rammer og uoversiktlige samarbeidsforhold, faktorer som begrenser deres muligheter til å ivareta behovene optimalt.

Bevisstgjøring av ulike tiltak som fører til økt kunnskap, bedre organisatoriske rammer og bedre samarbeidsforhold vil øke potensialet til å fremme helse, samfunnsdeltakelse og dermed livskvaliteten hos eldre med nedsatt hørsel. Tiltakene kan være med på både å gi sykepleiere og eldre brukere et utgangspunkt for å forstå hørselens betydning, som igjen vil gi muligheter for å håndtere utfordringene. Ved å kunne håndtere utfordringene sykepleie og eldre brukere møter vil det oppleves som meningsfullt å engasjere seg i dem. Med andre ord vil det føre til det Antonovsky (2012) kaller opplevelse av sammenheng.

6.3 Veien videre

Studiens utvalg er lite og forskningsfeltet avgrenset til tre bydeler i samme kommune. Studier med større utvalg og bredere geografisk område, vil styrke kunnskapsgrunnlaget om sykepleierens opplevelser i møte med eldre hørselshemmede. Det kan også være av betydning å gjennomføre studier som inkluderer ansatte i kommunen på det administrative nivået og av eldre mennesker med nedsatt hørsel som mottar hjemmetjenester, slik at også deres perspektiv kan inkluderes i danningen av et helhetsbilde.

Bedre kunnskap gjennom erfaringer fra de som opplever arbeidet direkte i møte med eldre hørselshemmede, vil være nyttig for å kunne utgjøre helsefremmende arbeid, som vil resultere i økt helse og livskvalitet hos eldre mennesker med hørselstap. Forskning vil kunne synliggjøre strategier som sikrer individuell tilpasning, påvirkningsmuligheter i utforming og gjennomføring av tjenestene, samt tilrettelegging for likeverdige samarbeidsrelasjoner

mellom tjenestemottakere og fagutøvere slik det også skisseres i helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

Litteraturliste

- Aase, K. (2010). Pasientsikkerhet: hendelser, begreper og omfang. I: K. Aase (red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andreassen, K.K. (2010). *Befolkningens størrelse og aldersfordeling*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa120/kap1.pdf>
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reizels Forlag.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Bauer, K. (2014, 02. april). Studie viser sammenheng mellom nedsatt hørsel og sosial oppførsel. *Abc nyheter*. Hentet fra <http://www.abcnyheter.no/nyheter/helse/2014/04/02/studie-viser-sammenheng-mellom-nedsatt-horsel-og-sosial-oppforsel>
- Berg, A.I., Johansson, B. (2014). Personality change in the oldest-old. Is it a matter of compromised health and functioning? *Journal of personality*, 82(2), 25-31. doi: 10.1111/jopy. 12030.
- Berkman, L.F., Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of alameda county residents. *American Journal of epidemiology*, 109 (2), 186-204. Hentet fra <http://aje.oxfordjournals.org/content/109/2/186.long>
- Clausen, T. (2003). *Når hørselen svigter*. København, Socialforskningsinstitutt.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode. En kvalitativ tilnærming* (utg 2). Oslo: Universitetsforlaget
- Ely, M., Vinz, R., Anzul, M & Downing, M. (1997). *On writing qualitative research: Living by words*. London: Falmer Press.
- Espen, G.A., Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Falkenberg, E-S., Kvam, M.H. (2008). Hørselshemming og audiopedagogikk i et tverrfaglig perspektiv. I: Befring, E., Tangen, R. (red). *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag
- Fermann, T., Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, H.A. (red), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Fjørtoft, A.-K. (2006). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet (2012, 30. oktober). Utbredelse av hørselstap: Et viktig helseproblem blant eldre. Hentet 10. april 2014 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=50246>
- Gadamer, G.H. (2010). *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo, Pax Forlag A/S.
- Gomez, R. G., Madey, S. F. (2001). Coping-with-Hearing-Loss Model for Older Adults. *Journal of Gerontology*. 56(4), 223- 225, doi: 10.1093/geronb/56.4.P223
- Grue, E.V. (2011). Sansesvikt hos eldre. *Geriatrisk sykepleie*. 3, 3-8. Hentet fra https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/759897/Geriatrisk%20Sykepleie%202_2011.pdf
- Grue, E.V., Kirkevold, M., Mowinchel P., Ranhoff, A.H. (2009). Sensory impairment in hip-fracture patients 65 years or older and defects of hearing/vision interventions on fall frequency. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2009;2(I-II). Hentet fra <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S4126>
- Grønlie, S. M. (2005). *Uten hørsel? En bok om hørselshemming*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Hallberg, L. R-M., Carlsson, S. G. (1993). A qualitative study of situations turning a hearing disability into a handicap. *Disability, Handicap and Society*, 8(1), 71-86, doi: 10.1080/02674649366780051
- Hauge, S. (2012). Eldres psykososiale og åndelige behov er sykepleierens ansvar. *Geriatrisk sykepleie*, 1-2012. Hentet fra

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/847775/Gjesteredaktor%20solveig_hauge_9221.pdf

Helsedirektoratet. (2014). *IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-sosialtjenester/Publikasjoner/IS-1112.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). LOV-1999-07-02-64. Hentet fra <http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Helse- og Sosialdepartementet. (2002). *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede: Plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/pla/2002/0003/ddd/pdfv/167949-handlingsplan_ilv.pdf

Helvik, A-S., Jacobsen, G., Hallberg, L. R-M. (2006). Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 28(9), 535–545, doi: 10.1080/09638280500215891

Hjort, P.F. (1982). *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. Oslo: Tanum-Norli

Hull, R. (1995). *Hearing in aging*. Carlifornia: Singular Publishing Group, Inc.

Hørselshemmedes landsforbund. (2012). *Innspill til stortingsmeldingen om folkehelse*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20FHA/Innspill_Folkehelsemeldingen/Horselshemmedes_Landsforbund.pdf

Johannessen, E., Kokkersvold, E., og Vedeler, L. (2010). *Rådgivning: Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis* (3.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Keilman, N., Pham, D.Q. (2005). *Hvor lenge kommer vi til å leve? Levealder og aldersmønster for dødeligheten i Norge, 1900-2060*. Hentet fra http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_200506/folkfram05.pdf
- Kluckhohn, C. Murray, H. A. (1953). *Personality in nature, society and culture*. Hentet fra <http://www.panarchy.org/kluckhohn/personality.1953.html>
- Knutson, J. F., Lansing, C. R. (1990). The relationship between communication problems and psychological difficulties in persons with profound acquired hearing loss. *Journal of Speech and Hearing disorders*, 55, 656-664, doi: 10.1044/jshd.5504.656
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (utg 2). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Lassen, L. (2009). *Rådgivning- kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Laukli, E. (2007). *Nordisk lærebok i audiologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Leeson, G.W. (2008). *Future of Retirement*. Hentet april fra <http://www.aeldresagen.dk/aeldresagen-mener/dokumentation/Documents/Fremtidens%20%C3%A6ldre%20-%20det%20globale%20fremtidsstudie.pdf>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (utg 3). Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger med etterord av Katie Eriksson*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Mulrow, D. C., Tuley, M.R, Aguilar, C. (1992). *Sustained benefits of hearing aid*, 35(6): 1402-5
- Mæland, J. (2005). *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo:Universitetsforlaget
- Nævdal, F. (1992). *Hørselstap og depresjon hjå elder*.(Doktoravhandling). Statens spesiallærerhøgskole
- Pihl, E. (2008). Sansesvikt i eldre år. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, H.A. (red), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Poulsen, I. (2005). Livsvilkår, pleie og omsorg. I: Tuntland, H. (red), *Aldring og livsvilkår*. Oslo: Dam&Søn
- Ranhoff, A. H. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, H. A (red), *Geriatrisk Sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Schoefield, J.W. (1990). Increasing the generalizability of qualitative research. I: E.W. Eisner & A. Peshin (red), *Qualitative inquiry in education*. New York: Teachers College Press.
- Segtnan, Ø. T. (2014). *For gammel til å høre? – En informasjonsfilm for helse og pleiepersonell, eldre hørselshemmede og deres pårørende*. Hentet 20.05.14
<http://www.hlf.no/Documents/Dokumentbase/Prosjektdokumenter/2014/For%20gammel%20til%20%C3%A5%20h%C3%B8re/Prosjektbeskrivelse%20For%20gammel%20til%20%C3%A5%20h%C3%B8re.pdf>
- Skatvedt, A. (2009). *Alminnelighetens potensial: en sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet*. (St.meld. nr. 50 1996-1997). Oslo: Departementet
- Stach, B. A. (2009). *Clinical audiology: an introduction*. New York: Delmar - Cengage Learning.
- Statens Helsetilsyn. (2000). *Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap. 3-2000 Veiledningsserie*. Hentet fra
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/habilitering_rehab_synstap_ik-2715.pdf
- Svingen, M. E. (2003). Aldersrelaterte syns- og hørselsvansker- en utfordring i eldreomsorgen. *Sykepleien*, 2003 91(20), 39-42. doi:10.4220/sykepleiens.2003.0062
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Tønnessen, S., Nortvedt, P., Førde, R. (2011). Ration home-based nursing care: professional ethical implications. *Nurs Ethics*, 18, doi: 10.1177/0969733011398099
- Otnes, B. (2010). *Hjelpebehov og tjenestetilbud*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa120/kap8.pdf>
- Ulleberg, I. (2004). *Kommunikasjon og veiledning*. (3 utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (1998). *Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmesykepleien*. Oslo: NOVA.
- Williams, K. C. (2013). *Tinnitus. Bryt lydbarrieren med kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg 1. Godkjenning av NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Elisabeth Svinndal
Institutt for spesialpedagogikk Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 29.01.2014

Vår ref: 36910 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.01.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|---|
| 36910 | <i>Hjemmesykepleiens kunnskap og opplevelser i møte med hjemmeboende eldre med nedsatt hørsel</i> |
| Behandlingsansvarlig | Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder |
| Daglig ansvarlig | Elisabeth Svinndal |
| Student | Sandra Michele Ochoa |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36910

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår. Vi ber likevel om at følgende legges til:

- Datamaterialet behandles konfidensielt og ingen vil kunne gjenkjennes i den ferdige publikasjonen (hvis dette er riktig).
- Jeg minner om at du som hjemmesykepleier er underlagt taushetsplikt. I den grad du kommer inn på enkeltteksempler o.l. må informasjonen avgis på en slik måte at den ikke kan tilbakeføres til en enkeltpasient.

Vi legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for at prosjektet kan gjennomføres. Vi ber om at informantene også muntlig minnes om sin taushetsplikt før intervjuet starter.

Prosjektet skal avsluttes 30.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2. Informasjonsskriv

Kjære informant, her kommer det et informasjonsskriv om mitt prosjekt!

«Hjemmesykepleiens erfaring og håndtering av nedsatt hørsel hos hjemmeboende eldre»

Mitt navn er Sandra Michele Ochoa, jeg er en audiopedagogikk student på siste semesteret og arbeider for tiden med min masteroppgave, ved Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk. Min veileder er universitetslektor Elisabeth Svinndal, ved samme sted. Jeg ønsker å gi deg kort informasjon om mitt prosjekt og invitere deg til å delta på dette prosjektet.

Hensikten med dette prosjektet er å få innsikt i hjemmesykepleiens erfaringer og håndtering omkring nedsatt hørsel hos hjemmeboende eldre. Ved å delta i dette prosjektet kan du være med på å formidle kunnskap om dette viktige området som vil være viktig, nå som vi vet at vi stadig blir eldre og vil med årene få en større andel eldre i vår befolkningen.

Problemstillingen for prosjektet er følgende: *Hvilken kunnskap og erfaringer har hjemmesykepleien i møte med eldre med nedsatt hørsel i sitt daglige arbeid?*

Jeg har et ønske om å intervju seks informanter i hjemmesykepleien som har erfaringer i møte med hjemmeboende eldre med nedsatt hørsel. Kriterier for å være med på prosjektet er at du har jobbet i hjemmesykepleien og at du har møtt eldre med nedsatt hørsel i ditt arbeid, slik at du kan dele dine erfaringer. Dersom du kunne tenke deg å delta, avtaler vi et hensiktsmessig sted for oss å møtes for å gjennomføre intervjuet, det vil ta ca 40min. Jeg vil være fleksibel med hensyn til sted og tid.

For min senere bearbeidelse av intervjuene håper jeg at det er i orden at jeg bruker lydopptak, og at jeg notater undervis i intervjuet.

Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er sensurert, innen 30.06.2014. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Datamaterialet behandler konfidensielt og ingen vil kunne gjenkjennes i den ferdige publikasjonen. Jeg minner også om at du som ansatt i hjemmesykepleien er underlagt taushetsplikt. I den grad du kommer inn på enkeltteksempler o.l. må informasjonen avgis på en slik måte at den ikke kan tilbakeføres til en enkelt pasient.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Har du spørsmål angående prosjektet eller er det noe du lurer på, så må du gjerne ta kontakt med meg pr. brev, elektronisk post eller telefon. Jeg kan også komme til dere for en samtale hvis dette er en bedre løsning. Min veileder kan også kontaktes.

Med vennlig hilsen

Sandra Michele Roldan Ochoa

Telefon: xxx

E-post: [xxx](#)

Elisabeth Svinndal

Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk

Postboks 1140, Blindern

0318, Oslo

Telefon: 22 85 91 65

E-post: elisabeth.svinndal@isp.uio.no

Vedlegg 3. Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker herved å stille som informant i Sandra Michele Ochoa sitt masterprosjekt «Hjemmesykepleiens kunnskap og opplevelser i møte med hjemmeboende eldre med nedsatt hørsel» ved Universitetet i Oslo, Institutt for spesialpedagogikk.

Jeg har lest informasjonsskrivet med forespørsel om deltakelse og er villig til å la meg intervjuet. Jeg godkjenner at de opplysninger jeg gir blir behandlet slik det fremkommer i informasjonsskrivet. Jeg aksepterer at lydopptak, penn og papir blir benyttet under intervjuene, og er orientert om at datamaterialet blir slettet når prosjektet er avsluttet, innen 30.06.2014.

Jeg er kjent med studiens hensikt og at jeg er sikret anonymitet i forhold til opplysninger jeg gir fra meg. Min deltakelse er frivillig, og jeg kan når som helst trekke meg fra studien.

Oslo, den

Underskrift fra informanten

Vedlegg 4. Intervjuguide

Intervjuguide

«Hvilken kunnskap har hjemmesykepleien om eldre med nedsatt hørsel, og hvilke opplevelser har de i møte med denne problematikken i sitt daglige arbeid?»



Innhente beskrivelser av spesifikke situasjoner og hendelsesforløp, *ikke* generelle meninger.

Bør inneholde både faktaspørsmål og meningsspørsmål.

Beskrive så nøyaktig som mulig det de opplever og føler, og hvordan de handler.

Hvorfor de handler og opplever som de gjør.

AKTIV LYTTING!

Innledning

- Forklare hensikten med intervjuet
- Antyde hva jeg er interessert i å få vite noe om
 - Viktig at du får fortalt hvordan du opplever å arbeide med denne brukergruppen, hvilke erfaringer du har, situasjoner du har opplevd som spesielt vanskelige eller situasjoner hvor samarbeidet har vært vellykket.
- Samtykkeerklæring og informasjonsskriv

Kartlegging om informanten:

- Kjønn:
- Alder:
- Stillingsprosent:
- Stilling/utdanning/bakgrunn:
 - Pleieassistent/hjemmehjelp/ufaglært
 - Miljøarbeider/helsearbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider
 - Sykepleier/vernepleier/ergoterapeut/fysioterapeut
 - Annet
- Eventuelle relevante kurs (evt opplæring når du får en bruker med nedsatt hørsel)

Jeg ønsker å få innsikt i informantenes erfaringer om nedsatt hørsel hos hjemmeboende eldre. Og deres opplevelser og håndtering av det i deres daglige arbeid.

1. Hva består dine arbeidsoppgaver av i møte med hjemmeboende eldre?
 - Hvilke faste rutiner har du hos eldre?
 - Kan du nevne noen helseproblemer som forekommer ofte hos de du er hos?
 - Hva med sansetap (syn, hørsel, taktil evne/følsomhet i fingre mm)?
2. Hva er din vurdering av tiden du har til rådighet med tanke på eldres behov?
3. Hva slags opplæringstilbud får dere av arbeidsplassen med tanke på til eldres behov?
 - For eksempel hvis du får en bruker med nedsatt hørsel?
 - Hva er dine erfaringer med denne opplæringen?
 - Opplever du at det dekker de eldres behov?
 - Hvis nei, hva savner du/dere?
4. Hvor ofte møter du eldre med nedsatt hørsel i ditt daglige arbeid?
 - Hvordan vet du vanligvis at den eldre har nedsatt hørsel? (pga journalen, kartlegger selv, de forteller selv eller lignende)
5. Opplever du at eldre med nedsatt hørsel trenger hjelp med høreapparat og/eller andre hjelpemidler, eller mestrer de det på egen hånd?
 - Oppfordrer du dem til å bruke det?
 - Har du for eksempel rengjort propp, skiftet batteri eller byttet slange?
 - Eventuelt hvem hjelper dem: Du, kolleger, ektefelle/samboer, andre pårørende eller venner?
 - Hva er eventuelt vanskelig?
 - Har dere noen spesielle rutiner for å følge opp eldre med høreapparat?

6. Opplever du at eldre blir isolerte på grunn av sin nedsatte hørsel?
 - Evt hvordan?
7. Har du kontaktet noen for å få hjelp, råd eller veiledning med tanke på eldre brukere med nedsatt hørsel?
 - Kjenner du til instanser du kan kontakte dersom du trenger hjelp, råd eller veiledning i forhold til høreapparat og eventuelle andre hjelpemidler?
 - Kjenner du for eksempel til, høresentralen, høreselskontakten i kommunen/bydelen, rådgivningskontoret for hørselshemmede, hørselshemmedes landsforbund?
8. Har du opplevd noen særlige utfordringer eller situasjoner som har vært spesielt vanskelige i tilknytting eldre med nedsatt hørsel?
 - Forhold til tiden du har til rådighet
 - Kommunikasjonsproblemer (informasjon, beskjeder, kontakt, samtaler, avtaler, varselutstyr)
 - Eldre som klager på at de hører dårlig, selv om HA er på.
 - Hjelpemidler som ikke fungerer
 - Eldres holdninger til sitt hørselstap (ikke ønsker å bruke HA osv)
9. Er det noen spesielle hensyn du tar i møte med eldre med nedsatt hørsel?
 - for eksempel, snakke høyere, passe på lysforhold, bakgrunnsstøy etc
 - Dersom den eldre brukeren har behov for oppfølging – hjelp med sine hørselsproblemer- hvem kan du videreformidle dette til? – Beskjed til lederen, pårørende, hørselskontakten, fastlegen eller andre?
10. Hvilke hørselstekniske hjelpemidler og tiltak kjenner du til?
 - Dersom du kjenner til hjelpemidler/tiltak- hvilke erfaringer har du, bra eller dårlig?
11. I hvilken grad syns du det er fokus på kartlegging og tiltak knyttet til eldre med nedsatt hørsel i hjemmesykepleien?
12. Hvilke tiltak mener du ville være hensiktsmessige for å bedre situasjonen?
13. Er det noe annet du ønsker å formidle?